



ژلوفن

جراحی ۲

(بر اساس لارنس ۲۰۱۹)

مؤلفین: وهاب آزمون‌فر، میلاد خواجه، سعید هاشم‌زاده

مدیریت تدوین: دکتر صادق شفاei، دکتر سارا آریان

---

مؤسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران

انتشارات طبیبانه

۱۳۹۹



سرشناسه	ارمن فر، وهاب، ۱۳۷۴ -
عنوان و نام پدیدآور	ژلوفن جراحی ۲ (بر اساس لارنس ۲۰۱۹) / مؤلفین وهاب آزمون فر، میلاد خواجه، سعید هاشم زاده؛ مدیریت تدوین صادق شفائی، سارا آریان؛ [برای] مؤسسه آموزشی دانش آموختگان تهران.
مشخصات نشر	تهران: طبیبانه، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	۹۸ ص.؛ ۲۹×۲۲ س.م.
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۷۵۰۵۲۱-۴
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر بر اساس کتاب "Essentials of general surgery and surgical specialties", 6th. ed. 2019 اثر جسیکابت اوکانل، مت (متیو) اسمدس است.
موضوع	جراحی
موضوع	Surgery
موضوع	پزشکی -- علوم پایه -- راهنمای آموزشی
موضوع	Medical sciences -- Study and teaching
موضوع	جراحی -- آزمون ها و تمرین ها
موضوع	Surgery -- Examinations, questions, etc
موضوع	پزشکی -- علوم پایه -- آزمون ها و تمرین ها
موضوع	Medical sciences -- Examinations, questions, etc
شناسه افزوده	خواجه، میلاد، ۱۳۷۳ -
شناسه افزوده	هاشم زاده، سعید، ۱۳۷۴ -
شناسه افزوده	شفائی، صادق، ۱۳۶۷ -
شناسه افزوده	Shafaei, Sadegh
شناسه افزوده	آریان، سارا، ۱۳۷۲ -
شناسه افزوده	اوکانل، جسیکا بت
شناسه افزوده	O'Connell, Jessica Beth
شناسه افزوده	اسمدس، مت (متیو)
شناسه افزوده	Smeds, Matt(Matthew)
شناسه افزوده	لارنس، پیتر اف.
شناسه افزوده	Lawrence, Peter F
شناسه افزوده	موسسه آموزشی دانش آموختگان تهران
رده بندی کنگره	RD۳۱
رده بندی دیویی	۶۱۷
شماره کتابشناسی ملی	۷۴۲۴۷۹۱
وضعیت رکورد	فیپا



## ژلوفن جراحی ۲ (بر اساس لارنس ۲۰۱۹)

مؤلفین: وهاب آزمون فر، میلاد خواجه، سعید هاشم زاده

ناشر: طبیبانه

چاپ: مجتمع چاپ و نشر پیشگامان

مدیر تولید محتوا و صفحه آرای: فاطمه عموئی

صفحه آرا: دپارتمان تولید محتوای پیشگامان

طراح جلد: آذین کریمی

نوبت و سال چاپ: اول ۱۳۹۹

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت: ۸۰۰۰ تومان

قیمت در پیک ژلوفن: ۴۵۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۵۰۵۲۱-۴

شابک دوره: ۹۷۸-۶۲۲-۷۱۷۱-۷۶-۱

مرکز پخش: تهران، میدان انقلاب، خیابان کارگر جنوبی، بعد از خیابان روانمهر، بن بست سرود، پلاک ۲، واحد همکف

تلفن: ۰۹۳۵۳۵۸۰۲۳۱ / ۰۲۱ - ۶۶۴۰۶۱۷۰

وب سایت: edutums.ir

تمام حقوق مادی و معنوی این اثر برای ناشر محفوظ است. مطابق قانون اقدام به کپی کتاب به هر شکل (از جمله کپی کاغذی یا انتشار در فضای مجازی) شرعاً حرام و قانوناً جرم محسوب شده و حق پیگیری و شکایت در دادگاه برای ناشر محفوظ است.



## راهنمای استعمال ژلوفن

دوباره سلام!

❶ چرا دوباره؟ یادت میار علوم پایه داشتی و با سیب سبز کپل شده بودی؟ روز آفر که قبول شدی و داشتی می رفتی بت گفتیم برو دوباره میایم سراغت! الوعده وفا! اومدیم تا سر امتحان پره انترنی اون ۴ تا موی باقی مونده تو هم بریزیم و به عنوان یه **complete kachal** بفرستیم دوره ی اینترنی 🐭

❷ ژلوفن چیه دقیقاً؟ آگه بقوام فیلی دقیق بگم میشه «سیب سبز پره انترنی». یعنی یه کتاب «آموزش مبتدی بر تست دروس بالینی جهت آمادگی امتحان پره انترنی».

❸ تفاوت ژلوفن با مابقی منابع چیه؟ در مورد منابع دیگه نظری نداریم ولی ژلوفن با این ویژگی ها اومده:

۱- مفتوای آموزشی براساس رفرنس های جدید

۲- منبع مناسب تست زنی بر اساس آفرین آزمون های برگزار شده

۳- آموزش منظم و طبقه بندی شده ی مباحث

۴- تعیین اهمیت مباحث و انتخاب مهم براساس میزان اهمیت

۵- برنامه ریزی و مشاوره ی آموزشی دائم 📅

❹ ژلوفن چه جور تالیف شده؟ اینجوری 🗣️

اول از همه، سؤالی تمام ادوار پره انترنی همه ی قطبا (از سال ۹۳) رو جمع و دسته بندی کردیم، ریز به ریز مشفص کردیم که توی هر درس، هر مبحث چند سؤال داره و بعدش اون مبحث رو با چند تا تست نمونه، چوری تدریس کردیم که تمام سؤال رو جواب بده. به عنوان مثال مبحث IBD توی کوارش ۴۰ تا تست داشته، با کمک ۸ تا تست مبحث رو چوری تدریس کردیم که هر ۴۰ تا سؤالش رو بتونی جواب بدی 📖

❺ مابقی سؤال کجا رفتن؟ آگه می فواستیم همه ی سؤال رو بیاریم مهم کتاب چند برابر می شد بدون اینکه هیچ نکته ی آموزشی جدیدی بفونی. ولی آگه دوس داری فیلی تست بزنی یا مثلاً بدونی قطب فودت چه سؤالی داشته هم واسش راهل گذاشتیم. تموم سؤالی هر درس با تعیین قطب مربوطه و طبقه بندی کامل و جواب کلیدی رو گذاشتیم توی یه کتاب تست تمرینی داخل اپلیکیشن طبیانه و می تونی بری اونجا هر قدر که دلت فواست تست بزنی! مثلاً همون IBD که کل مطالبش رو توی ژلوفن با کمک ۴۰ تا تست فودنی، می تونی پری توی اپلیکیشن و هر ۴۰ تا تستش رو بزنی ببینی چقدر مسلط شدی! آگه وقتت کمه هیچ الزامی نیست که بری به اپلیکیشن. اصل کاری تسلط به مفتوای آموزشیه که توی ژلوفن انجام شده. تست تمرینی میشه مکمل کاری 🖥️

❻ همونطور که می دونی امتحان پره انترنی از اسفند ۹۸، قرار بود کشوری برگزار بشه؛ پس وزارت فونه یک امتحان جامع کشوری و یکسان رو در تموم قطبا برگزار می کنه. یعنی دیگه امتحان قطبی نیست؟ همه ی سؤال از تهران میار؟ 🤔

☑️ نفیر! همپنان مثل دوران قطبی، طراح های قطبای مختلف سؤال طرح می کنن و می فرستن برای وزارت فونه، حالا این وزارت فونه از بین سوال های ارسالی قطب های مختلف یا به قول فودش بانگ سوال جمع آوری شده، ۲۰۰ سوال را انتخاب و به صورت یکسان توی کل کشور برگزار می کنه. پس دیدی، در واقع امتحان کشوری با طعم قطبی برگزار میشه 😊

❼ اول هر مبحث یه «مدول معرفی مبحث» گذاشتیم که توش تعداد سؤالی اون مبحث و اهمیتش رو نوشته. اهمیت مبحث (از یک تا ده) اینجوری تعیین شده:

میزان مهم به تعداد سؤالات ➡️ از ۱ تا ۵ نمره

سؤال داشتن مبحث توی امتحانات سال افیر ➡️ از ۰ تا ۲ نمره

ویژگی ذاتی درس جهت قابلیت یادگیری و آموزش ☞ از ۰ تا ۱ نمره

قابل یادگیری و پاسخ‌دهی بودن مبحث ☞ از ۰ تا ۲ نمره

با کمک جدول اهمیت مبحث می‌تونی تصمیم‌گیری کجاها بیشتر وقت بذاری، کجاها رو روش حساب کنی و یا اینکه با توجه به وقتت از چه اهمیتی بفونی. مثلاً آگه فقط پاس می‌فوی و وقت زیادی هم نداری مباحث با اهمیت زیر ۵ رو حذف کنی.

① مهم ژلوفن پوریه که میشه به عنوان یه منبع واسه امتحانات پایان بفش هم بهش نگاه کرد. توی پره هم می‌تونه بهت کمک کنه که از پاس تا رتبه رو باهش بیاری! اما در هر صورت همیشه باید زرنگی، رقیبا، فراموشی، نقایص مفتوایی احتمالی و تعداد کم سؤالی فرید هر ترم رو هم در نظر بگیری. واسه منبع مرور و آزمون دادن هم یه فکرای بگری کردیم که همه دارن انجام میشن و به وقتش اطلاع‌سانی میشن. بسته‌ی آمادگی برای امتحان کتابش اومده بقیه‌شم داره تکمیل میشه 🎬

② مطمئن کار ما هنوز ایرادای زیادی داره که فقط با کمک شما بهتر میشه. پس بی‌تعارف منتظر فیدبکت هستیم. فیلی فیلی ممنون میشیم آگه هر ایرادی توی هر زمینه‌ای می‌بینی بگی 📞

③ با فرید کتاب ژلوفن باز م‌فراهاظی نمی‌کنیم. ما تا ابد عضو خانواده‌ی دانشجویان پزشکی ایم! پس با هم هستیم و واسه ارتقای آموزش پزشکی به همدیگه کمک می‌کنیم. یادت باشه واسه پره هم یه بفش مهمی از کارمون توی کانال تلگرامه و تا روز آفر با همیم! روز آفر پره نه! روز آفر پزشکی. اصن مگه پزشکی آفرم داره؟! 📌

@pre\_interni

کانال مشاوره‌ی آموزشی پره‌انترنی ☞

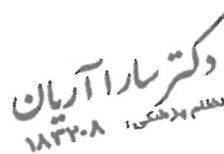
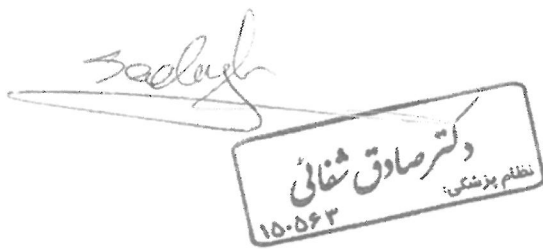
@edutums

آکانت فرید مضمولات ☞

@sadegh1206

فیدبک و اعلام همکاری ☞

هالا برو سر درست. ببینیم چقدر می‌ترکونی!



## فهرست مطالب

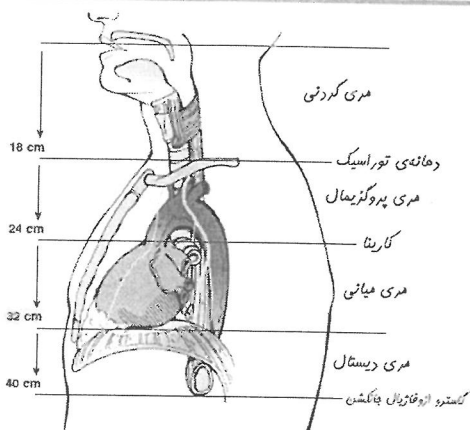
۱	..... مری
۷	..... معده، دوازدهه و چاقی
۱۵	..... روده‌ی باریک
۲۳	..... بیماری‌های آپاندیس
۲۵	..... کولون، رکتوم و مقعد
۳۵	..... سیستم صفراوی
۴۲	..... پانکراس
۴۷	..... کبد
۵۴	..... پستان
۶۲	..... جراحی غدد درون‌ریز
۷۰	..... طحال
۷۳	..... پیوند
۷۶	..... انکولوژی جراحی
۸۰	..... جراحی قلب و قفسه‌ی سینه
۸۸	..... جراحی کودکان

-@tabadol\_jozveh\_pezeshki

عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
مری	۱	۷۵

۱ در اندوسکوپی فوقانی بیماری ضایعه در فاصله‌ی ۲۵ سانتی‌متری از دندان پیش گزارش شده است. عبارت مناسب در مورد محل ضایعه کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷ - قطب شیراز)

- ☐ A به محاذات C6 می‌باشد.  
☐ B در سطح کارینا می‌باشد.  
☐ C در محل اسفنکتر تحتانی می‌باشد.  
☐ D در ۱/۳ انتهای مری توراسیک می‌باشد.



۲ بیمار آقای ۵۰ ساله مورد آشنای است که ۳۰ دقیقه بعد از پنوماتیک دیلاتاسیون دچار درد قفسه‌ی سینه شده است. با توجه به نشت ماده‌ی حاجب از دیستال مری در تصویربرداری Upper GI، بیمار کاندید جراحی اورژانس شده است. بهترین روش برای جراحی بیمار فوق کدام است؟ (بانک سؤال لارنس ۲۰۱۳)

- ☐ A مدین استرونومی توراکوتومی راست  
☐ B توراکوتومی چپ  
☐ C برش شکم

۳ تمام بیماری‌های زیر از عوارض ریفلاکس ازوفاز می‌باشد بجز: (تألیفی از پره‌انترنی شهریور ۹۴ - قطب آزاد)

- ☐ A حلقه‌ی شاتسکی  
☐ B تنگی مری  
☐ C مری بارت  
☐ D اسکرودرمای مری

مری لوله‌ای عضلانی به طول ۲۵ cm است که از محاذات غضروف کریکوئید (از ۱۵ سانتی‌متری دندان‌های پیشین و یا سطح مهره‌ی C6) شروع شده و تا زیر دیافراگم (۴۰ سانتی‌متری دندان و یا سطح مهره‌ی T11) ادامه می‌یابد. مری به چهار سگمان تقسیم می‌شود:

① مری گردنی به طول ۳ تا ۵ سانت، که از ۱۵ سانتی دندان شروع شده و تا ۱۸ سانتی دندان یعنی دهانه‌ی توراسیک ادامه می‌یابد.

② و ③ مری پروگزیمال و میانی (توراسیک): مری توراسیک به طول ۱۸ تا ۲۲ سانت، از ۱۸ سانتی دندان (دهانه‌ی توراسیک) شروع شده و تا ۳۲ سانتی دندان (محاذات دیافراگم) ادامه می‌یابد. مری توراسیک با توجه به لندهارک دو شاخه‌شدن تراشه (کارینا) یعنی ۲۵ سانتی از دندان، به دو قسمت پروگزیمال و میانی (به ترتیب بالا و پایین این لندهارک) تقسیم می‌شود. پس توده‌ی محاذات ۲۵ سانتی دندان، یعنی حوالی کارینا قرار گرفته است. ④ مری دیستال (شکمی) به طول ۳ تا ۶ سانت که از ۳۲ سانتی دندان (محاذات دیافراگم) شروع شده و تا ۴۰ سانتی دندان (گاستروازوفازیتال جانکشن یا کاردیا) ادامه می‌یابد.

مری معمولاً برای دسترسی به مری در جراحی مری به خصوص در مری پروگزیمال و میانی از سمت راست وارد می‌شویم، ولی در مری دیستال به علت چرخش آشورت به سمت راست مری، از توراکوتومی چپ استفاده می‌کنیم. بریم سراغ طراح‌پسندترین بیماری‌های مری.

### بیماری ریفلاکس معدی - مروی (GERD)

GERD به علت نارسایی اسفنکتر تحتانی مری (LES) و به خصوص در هرنی هیاتال (پرولاپس مری شکمی و معده به توراکس) ایجاد می‌شود.

تابلوی بالینی GERD علائم تیپیک مثل دیسپپسی بعد از غذا (سوزش سر دل، ترش کردن)، ریگورژیتاسیون (برگشت غذا) که این دو علامت با مصرف آنتی‌اسید بهتر می‌شوند. علائم آتیپیک مثل سرفه‌ی مزمن، تشدید آسم، خشونت صدا و درد قفسه‌ی سینه. علائم GERD با عواملی از جمله به جلو خم شدن بدتر می‌شود.

عوارض GERD عوارض دیررس مثل تنگی مری (حلقه‌ی شاتسکی) و مری بارت (ازوفازیت و متاپلازی روده‌ای در مری دیستال). پنومونی مکرر هم در بیماران مسن به دنبال GERD دیده می‌شود.

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ب	ج	د

**تشخیص GERD** معمولاً اقدامات تهاجمی رو در صورت بروز عوارض دیررس GERD و یا نیاز به جراحی انجام می دهیم. این اقدامات عبارتند از: ۱- PH متری ۲۴ ساعته (گلد استاندارد تشخیص GERD)، ۲- بلع باریم، ۳- مانومتری، ۴- اندوسکوپی.

**درمان GERD** در تمام بیماران با شک به رفلاکس مری به معده، اول درمان غیر جراحی رو شروع و در موارد خاص درمان جراحی را اضافه می کنیم. مثل این خانم ۳۰ ساله که با شک به GERD، حتی بدون نیاز به اقدامات تهاجمی، درمان را شروع می کنیم

**درمان غیر جراحی و اولیه ی GERD** عبارت است از: ۱- تغییر سبک زندگی: (کاهش وزن، پرهیز از سیگار، شکلات، کافئین، الکل، غذای چرب و اسیدی، بالا آوردن سر تخت و پرهیز از خوابیدن بلافاصله بعد از غذا)، ۲- داروی ضدرفلاکس مثل PPI (پنتوپرازول و غیره).

**درمان جراحی در GERD** چهار اندیکاسیون دارد: ۱- عدم پاسخ به درمان دارویی، ۲- بروز عوارض دیررس، ۳- پنومونی مکرر به خصوص در اطفال. ۴- بروز عوارض PPI مثل کاهش تراکم استخوان، کولیت کلسترییدیوم دیفیسیلی، عوارض کلیوی. قبل از جراحی حتماً باید با اندوسکوپی و سایر اقدامات تهاجمی، GERD را ثابت و سایر بیماری های مری از جمله اختلالات حرکتی و غیره را رد کنیم. شایع ترین روش جراحی فوندوپلیکاسیون LES اونم به صورت کامل یا ۳۶۰ درجه (روش Nissen) است.

با توجه به اینکه جراحی از بروز یا پیشرفت مری بارت جلوگیری نمی کند، این بیماران (حتی دیسپلازی خفیف) را، باید با اندوسکوپی روتین هر ۶ تا ۱۲ ماه و بیوپسی از چهار ربع بخش گرفتار مری پیگیری کنیم و حتی بعد از جراحی آنتی رفلاکس هم ادامه دهیم.

چه ویژگی هایی، پاسخ مناسب به جراحی را پیش بینی می کند؟

- ۱- وجود PH تست مثبت در PH متری، ۲- داشتن علائم تیپیک رفلاکس به جای آتیپیک، ۳- بهبود علائم با مصرف PPI.

### کارسینوم مری

دو نوع کارسینوم مری داریم: ۱- آدنوکارسینوم (شایع ترین نوع در حال حاضر)، ۲- کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC). شایع ترین تابلوی بالینی هر دو نوع کارسینوم، دیسفاژی و کاهش وزن است. تفاوت هاشون چیه؟

آدنوکارسینوم معمولاً در مری دیستال است که علاوه بر دیسفاژی به جامدات و کاهش وزن (نسبت به SCC کمتر)، شواهدی از GERD و یا مری بارت رو به عنوان دو ریسک فاکتور داریم.

خانم ۳۰ ساله ای به دلیل سوزش و درد اپیگاستر مراجعه نموده است. دردهای بیمار گهگاهی بوده و از ترش کردن متناوب شاکی است. با توجه به محتمل ترین تشخیص، بهترین اقدام کدام است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۷- قطب شمال)

درمان طبی با امپرازول ۸ هفته

ازوفاگرافی با گاستروگرافی

PH متری ۲۴ ساعته

آندوسکوپی فوقانی

بیمار آقای ۳۵ ساله ای که با سوزش سردل و رگورژیتاسیون شدید مراجعه کرده است. معاینه و شرح حال نرمال است. برای بیمار مهارکننده های پمپ پروتون (PPI) شروع می شود که ۲ هفته ی اول علائم بهبودی دارد، ولی از هفته ی سوم مجدداً علائم بیمار بر روی درمان PPI عود می کند. در این مرحله اقدام ارجح کدام است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۸- مشترک کشوری)

اضافه کردن دوز PPI و تغییر آن به خانواده ی دیگر

آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی

ارجاع بیمار جهت جراحی ریفلاکس

توصیه به کاهش وزن و اضافه کردن متوکلوپرامید

شایع ترین کارسینوم مری کدام گزینه است؟ (پرهاترنی اسفند ۹۷- قطب آزاد)

آدنوکارسینوما

اسکواموس کارسینوما

سارکومای نسج نرم

GIST

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	الف	ب	الف



❖ SCC در مری پروگزیمال و میانی شایع تر است که کاهش وزن شدیدتری هم دارد. ریسک فاکتورهای SCC اینان ۱- سیگار، ۲- الکل، ۳- کمبود ویتامین و مواد معدنی (بیماری پلامر ویلسون)، ۴- سطح بالای نیتروزآمین در مواد غذایی، ۵- سابقه ی آشلازی یا سوختگی با مواد سوزاننده، ۶- استعداد ژنتیکی خانوادگی.

۷ اولین اقدام در بیمار ۶۰ ساله ای با دیسفاژی چیست؟ (پره انترنی شهرپور ۹۴- قطب آزاد)

ا ازوفاگوسکوپي

ب اندوسونو

ج باریوم سوالو

د مانومتري ازوفاژ

📌 تشخیص کارسینوم مری با دو دسته تست انجام می شود:

📌 تست های اولیه برای تأیید کارسینوم مری ۱- باریوم سوالو (بلع باریم): اولین قدم در بررسی دیسفاژی (شایع ترین علامت کانسر) و کارسینوم مری و در ادامه، ۲- اندوسکوپي فوقانی برای تأیید بافت شناسی کارسینوم مری.

📌 تست های لازم برای مرحله بندی کارسینوم مری (سیستم TNM) دو گروه است ۱- اندوسونوگرافی (EUS یا ایتراالومینال سونوگرافی) برای تعیین عمق تومور و تهاجم به لنف نود، ۲- سی تی اسکن برای هر سه فاکتور، یعنی عمق تومور، درگیری لنف نود و متاستاز، البته برای بررسی متاستاز دوردست بهتره از ترکیب PET + CT اسکن استفاده کنیم. در تومورهای پروگزیمال و میانه ی مری باید از برونکوسکوپي هم برای بررسی احتمال مسیر تراکتوبرونشیال استفاده کنیم.

📌 کبد و ریه شایع ترین مکان متاستاز دوردست در کارسینوم مری است.

📌 درمان کارسینوم مری بهترین گزینه ی درمانی رزکشن کامل تومور و بازسازی اون بخش مری (معمولاً با کمک معده) است. اگر جراحی برای بیمار به علت کوموربیدیتی قابل انجام نبود یا سود چندانی نداشت، از درمان های علامتی مثل استنت گذاری (به خصوص در توده های مری میانی و پروگزیمال)، لیزر و غیره استفاده می کنیم.

### 📌 پارگی مری

پارگی مری معمولاً ایاتروژنیک است. اولین اقدام تشخیصی در پارگی مری، یک CXR است. اگرچه Upper GI swallow (بلع باریوم) و CT اسکن با ماده ی حاجب در پارگی مری گردنی اجباری نیست ولی در انواع توراسیک برای بررسی وسعت آسیب لازم است.

❖ پارگی مری گردنی معمولاً به دنبال اندوسکوپي و ترومای نافذ گردن با شواهدی مثل درد حین بلع و خم کردن گردن و تندرns و کریپیتاسیون مشخص می شود. مهم ترین نگرانی در آسیب مری گردنی سپسیس و مدیاستینیت خلفی نزولی است. در CXR گاهی، هوا در فضای رتروویسرال و یا پنومومدیاستینوم دیده می شود. در پارگی مری گردنی معمولاً نیازی به بازسازی جراحی نیست و از آنتی بیوتیک وریدی، دبریدمان جراحی، درناژ و محدودیت خوردن از راه دهان

(تعبیه ی NGT) استفاده می کنیم.

۸ دقیق ترین تست جهت ارزیابی عمق نفوذ کانسر مری کدام است؟ (پره انترنی آذر ۹۷- میان دوره ی کشوری)

ا PET اسکن

ب CT اسکن

ج اندوسونوگرافی

د اندوسکوپي فوقانی

۹ مرد ۷۰ ساله ای با آدنو کارسینوم مری میانی و دیسفاژی گرید IV آمده. بیمار COPD شدید و EF قلبی حدود ۲۵٪ دارد. روش مناسب درمان کدام است؟ (پره انترنی اسفند ۹۳- قطب تبریز)

ا لیزرتراپی

ب ازوفاژکتومی به روش جراحی

ج تعبیه ی Stent مری

د رادیوتراپی

۱۰ آقای ۳۸ ساله ای به علت استفراغ شدید و مکرر در طی چند ساعت گذشته، دچار درد پشت جناغ سینه شده است. در گرافی قفسه ی سینه (CXR) آمفیژم مدیاستن دیده می شود. علائم حیاتی پایدار است. بهترین روش تشخیصی کدام است؟ (تألفی از پره انترنی اسفند ۹۷- قطب شیراز)

ا ازوفاگوگرام با ماده ی حاجب

ب MRI

ج سی تی اسکن قفسه ی سینه بدون ماده ی حاجب

د ازوفاگوسکوپي

سؤال	۷	۸	۹	۱۰
پاسخ	ج	ج	ج	الف

**بیمار آقای ۸۵ ساله تحت اندوسکوپی و بیوپسی**  
 دیلاتاسیون مری، اندوسکوپی و یا استفراغ شدید به همراه علائم سپیسیس و یا درد سینه‌ی شدید، تنگی نفس و پلورال افیوژن باید به پارگی مری توراسیک شک کنیم. پارگی مری به دنبال استفراغ شدید (سندرم بوئرهور) ، به علت نشت محتویات معده پروگنوز بدتری دارد. در گرافی ساده (اولین قدم) پنومومدیاستینوم و پلورال افیوژن دیده می‌شود. درمان پارگی مری توراسیک معمولاً جراحی است، مگر یک استثناء که از درمان غیرجراحی استفاده می‌کنیم: پارگی محدود مری با نشت ماده‌ی حاجب به خلف مری که هیچ شواهدی از پلورال افیوژن و عفونت ندارد.

### فتق‌های هیاتال

چهار نوع فتق هیاتال داریم: شایع‌ترین نوع آن، فتق هیاتال Sliding (نوع I) یعنی سُرخوردگی جانکشن معده - مری به داخل قفسه‌سینه است و معمولاً با GERD همراهی دارد. در سه نوع دیگر پرولاپس معده و یا سایر ارگان‌ها به داخل قفسه‌سینه دیده می‌شود. در نوع II یا پاراازوفازیا، جانکشن معده مری داخل شکم باقی می‌ماند ولی فوندوس معده وارد قفسه‌ی سینه می‌شود. شاه‌علامت فتق هیاتال، وجود سطح مایع - هوا در مدیاستن یا سمت چپ سینه در CXR است. با این حال گلد استاندارد تشخیصی فتق‌های هیاتال بلع باریوم است. فتق هیاتال نوع I و II بدون علامت را فقط تحت نظر می‌گیریم ولی در انواع پیشرفته‌تر یا در صورت وجود علائم یا عوارض GERD، مداخله‌ی جراحی را در نظر می‌گیریم.

### اختلالات حرکتی مری

#### آشلازی

آشلازی شایع‌ترین اختلال حرکتی مری است که به دنبال نقص شبکه‌ی عصبی میانتریک (اُترِباخ) و در نتیجه اختلال در ریلکس شدن اسفنکتر تحتانی مری یا LES ایجاد می‌شود. شاه‌علامت آشلازی، دیسفاژی پیشرونده به جامدات و مایعات و ریگورژیتاسیون مداوم است. تشخیص این بیماری با بلع باریوم (علامت منقار پرنده) و مانومتري (مهم‌تر) تأیید می‌شود. در مانومتري فشار بالای LES حین بلع (نمی‌تونه شل کنه!) و تنه‌ی مری بدون پرستالتیسم یا دارای پرستالتیسم ضعیف را می‌بینیم. در نهایت برای رد سایر علل، اندوسکوپی ضروری است که بیشتر اوقات نرمال بوده ولی گاهی انسداد و اتساع پروگزیمال مری را نشان می‌دهد.

**بیمار آقای ۸۵ ساله تحت اندوسکوپی و بیوپسی**  
 دیستال مری قرار گرفته است. در Upper GI series پرفوراسیون مری تأیید شده است. در کدام حالت می‌توان درمان غیر جراحی را در نظر گرفت؟  
 (بانک سؤال لارنس ۲۰۱۳)

- الف) دارای پلورال افیوژن سمت چپ
- ب) دارای کارسینوم انسدادی
- ج) دارای درد
- د) لیک ماده‌ی حاجب به خلف مری

**بیماری مبتلا به دیسفاژی شده است. در**  
 گرافی قفسه‌ی صدری بیمار هوای معده در قفسه‌ی صدری مشاهده می‌شود. تشخیص بیماری چیست؟  
 (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب اصفهان)

- الف) آشلازی
- ب) هرنی پاراازوفازیا
- ج) هرنی اس‌یدینگ
- د) کانسر مری

**خانم ۳۰ ساله‌ای با شکایت دیسفاژی پیشرونده نسبت**  
 به جامدات و مایعات و ریگورژیتاسیون مکرر تحت ارزیابی باریوم قرار می‌گیرد که نمای منقار پرنده در دیستال مری دارد. جهت تأیید تشخیص کدام اقدام توصیه می‌شود؟  
 (پره‌انترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

- الف) مانیتورینگ pH مری
- ب) مانومتري مری
- ج) اندوسکوپی اولتراسوند
- د) سی‌تی اسکن قفسه سینه

سؤال	۱۱	۱۲	۱۳
پاسخ	د	ب	ب



برای درمان آشلازی اول شل کننده مثل نیترات و کلسیم چنل بلاکر تجویز می کنیم و در صورت پیشرفت بیماری، به ترتیب از از دیلاتاسیون آندوسکوپیک LES (با بالون و غیره) و اگر جواب نداد، میوتومی (هالر میوتومی) را استفاده می کنیم.

### ۴ هایلر مویتیلیتی: اسپاسم منتشر مری (DES) و مری فندق شکن (Nutcracker)

در بیمار با دیسفاژی، درد قفسه‌ی سینه و شواهد دیورتیکولوز کاذب در باریم سوالو، با شک به اسپاسم منتشر و فندق شکن، مانومتري انجام می دهیم. اینجا هم برای درمان از نیترات و CCBS و در صورت عدم پاسخ میوتومی مری استفاده می کنیم.

### دیورتیکول های مری

دیورتیکول های مری به دو دسته تقسیم می شوند:

۱) Traction یا دیورتیکول حقیقی معمولاً در بخش میانی مری و در زمینه‌ی سل و هیستوپلاسموز و واکنش های التهابی گره های لنفاوی موضعی ایجاد می شود. ۲) Pulsion یا دیورتیکول کاذب (شایع تر از انواع حقیقی) دو نوع اپی فرینیک (دیستال مری) و زنکر (پروگزیمال مری) دارد. دیورتیکول کاذب به خصوص انواع اپی فرینیک با بیماری های حرکتی مری (DES و آشلازی) و اختلال عملکرد LES همراهی دارد.

۳) دیورتیکول زنکر به علت اختلال عضله‌ی کریکوفارنژیال در مری گردنی به خصوص در افراد مسن با سابقه‌ی بیماری قلبی (سکته) ایجاد می شود. اگر به مریض مسن با شکایت ریگورژیتاسیون غذای هضم نشده، دیسفاژی، بوی بد دهان، عفونت مکرر ریوی، خفگی و آسپیراسیون مکرر با غذا مراجعه کرد با شک به دیورتیکول به خصوص نوع زنکر، برای بیمار باریم سوالو درخواست می کنیم. زنکر علامتدار را با جراحی؛ میوتومی عضله‌ی کریکوفارنژیال، دیورتیکولکتومی و دیورتیکولوپیکسی اصلاح می کنیم.

۴) آندوسکوپي به علت خطر پارگی در دیورتیکول مری کاربردی ندارد. در دیورتیکول

اپی فرینیک برای بررسی بیماری حرکتی مری میوتومی هم لازم است.

۵) یکی از علل پنومونی و برونشیت مکرر بازگشت غذا و آسپیراسیون مکرر است، که در رفلاکس، دیورتیکول، فتق هیاتال و اختلالات حرکتی مری دیده می شود.

### ۶ توده های خوش خیم مری

در کل شایع ترین توده های خوش خیم مری به ترتیب عبارتند از لیومیوم (منشأ عضله‌ی صاف) و کیست مری. شایع ترین ضایعه‌ی مخاطی مری، تومور سلول گرانولار و یا پولیپ فیبرووسکولار است. توده های خوش خیم مری با دیسفاژی و شواهد باریم سوالو به صورت توده ای صاف و دارای مرز مشخص در مری میانی و دیستال مشخص می شود. مهم ترین ابزار تشخیصی توده های خوش خیم، باریم سوالو و در ادامه آندوسکوپي و آندوسونوگرافی است. به علت رشد آهسته و ریسک پایین بدخیمی در توده های خوش خیم، بیوپسی کاربرد چندانی ندارد.

۱۲ نمای در بطری باز کن یا دیورتیکولوز کاذب در

کدامیک از اختلالات حرکتی مری دیده می شود؟  
(پرهاترنی شهریور ۹۸- قطب تبریز)

الف) اسپاسم منتشر مری

ب) مری فندق شکن

ج) آشلازی

د) اسفتکتر تحتانی پرفشار

۱۵ آقای ۶۲ ساله ای با شکایت اختلال در بلع و برگشت موادغذایی هضم نشده به شما مراجعه کرده است. سابقه‌ی یک بار بستری اخیر به علت عفونت تنفسی را نیز ذکر می کند. اقدام مناسب در جهت تشخیص بیماری ایشان کدام است؟ (پرهاترنی شهریور ۹۸- قطب شمال)

الف) مانومتري

ب) باریوم سواآلو

ج) آندوسکوپي فوقانی

د) مانوفلوروسکوپي

۱۶ آقای ۳۸ ساله ای با شکایت از دیسفاژی به شما مراجعه کرده است. در آندوسکوپي برآمدگی یک توده به داخل لومن مری با مخاط طبیعی در یک سوم دیستال مری گزارش شده است. کدام مورد صحیح است؟ (پرهاترنی اسفند ۹۷- مشترک کشوری)

الف) خونریزی از این تومورها شایع است.

ب) برای تشخیص بیوپسی انجام می دهید.

ج) رشد این نوع تومور آهسته است.

د) منشأ تومور از عضلات مخطط است.

سوال	۱۶	۱۵	۱۴
پاسخ	ج	ب	الف

### بلع جسم خارجی

جسم خارجی اغلب در مری و سطح عضله‌ی کریکوفارنژیوس گیر می‌کند ولی در صورت عبور از مری گردنی، به راحتی به معده می‌رسد. تشخیص بلع جسم خارجی با گرافی ساده‌ی گردن و قفسه‌ی سینه و همچنین رادیوگرافی لترال گردن برای رد پارگی مری (آمفیزم گردن یا پنومومدیاستن) لازم است. بلع باریوم در این بیماران کنتراست‌دیکه است. برای درمان باید جسم خارجی را با ازوفاغوسکوپ بدون انعطاف یا ریبجید (اندوسکوپ‌ی فوقانی) خارج کنیم. اگر نشد یا پارگی مری داشتیم، جراحی می‌کنیم.

### بلع مواد سوزاننده

خوردن مواد قلیایی (مثل لوله بازکن) نسبت به مواد اسیدی آسیب بیشتر و عمقی‌تری به دیواره‌ی مری وارد می‌کند، به همین علت اولین قدم در برخورد با بلع مواد سوزاننده، شناسایی زود هنگام عامل سوختگی است. در سوختگی با هر درجه‌ای باید بعد از ۴ تا ۶ هفته برای بررسی تنگی، باریم سوالو انجام دهیم. در ادامه به ترتیب برخورد رو مرور کنیم:

① معاینه‌ی دهان و حلق و رعایت ABC: مثل هر ترومای دیگری به ترتیب باید راه هوایی (انتوباسیون در صورت وجود ادم و یا نیاز) و گردش خون مناسب (گرفتن رگ محیطی و IV) را برقرار و بیمار را NPO کنیم. در بیماری که مواد سوزاننده بلعیده، به هیچ‌وجه نباید تهوع و استفراغ را تحریک کنیم، پس NGT و استفاده از داروهای تهوع‌آور و ترکیبات خنثی‌کننده ممنوع است، در مقابل بهتر است داروی ضد تهوع تجویز کنیم.

② اندوسکوپ‌ی انعطاف‌پذیر رو برای شناسایی شدت آسیب در عرض ۲۴ ساعت از سوختگی انجام داده و بر حسب عمق سوختگی برخورد می‌کنیم:

🔸 درجه‌ی I با اریتم و آسیب مخاطی سطحی ☞ نیازی به استروئید و آنتی‌بیوتیک نیست. به تدریج رژیم غذایی سبک را شروع می‌کنیم.

🔸 درجه‌ی II (با زخم مخاطی کم‌عمق و نوارهای سفید) و درجه‌ی III (با زخم‌های عمیق) ☞ در سوختگی درجه‌ی II و III باید آنتی‌بیوتیک وریدی تجویز کنیم و حین اندوسکوپ‌ی اولیه، برای بیمار گاستروستومی پرکوتانه (PEG) تعبیه کنیم، چون این بیماران حداقل به مدت یک هفته باید NPO شوند. استروئید در این دو گروه چندان مفید نیست ولی گاهی اوقات تجویز می‌شود. در موارد شدید (بروز انسداد) و در صورت پارگی و تنگی مقاوم رزکسیون مری انجام داده و به عنوان جایگزین از کولون استفاده می‌کنیم، چون معمولاً معده هم آسیب دیده است.

🔸 در سوختگی درجه‌ی III علاوه بر باریم سوالو باید برای پیگیری از ازوفاغوسکوپ‌ی هم استفاده کنیم. چون در صورت بروز تنگی، احتمال SCC مری هم زیاد می‌شود.

✍ تست تمرینی یادت نره.

۱۷ دختر بچه‌ی ۱۴ ساله‌ای به دلیل خوردن سوزن خیاطی به اورژانس آورده شده است. علائم حیاتی پایدار است و مشکل خاصی ندارد. در گرافی انجام شده سوزن ۴ سانتی‌متری درون معده دیده می‌شود. اقدام مناسب چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب تهران)

ا انتقال بیمار به اتاق عمل

ب بستری بیمار، گرفتن گرافی‌های سریال و معاینات مکرر

ج مرخص کردن بیمار، انجام گرافی‌های سریال و معاینه‌ی سریایی

د اندوسکوپ‌ی فوقانی و در آوردن سوزن با پوشش

۱۸ خانم ۱۷ ساله‌ای به دنبال بلع ماده‌ی سوزاننده (قلیا) بعد از دو ساعت به اورژانس آورده می‌شود. کدامیک از اقدامات زیر در این بیمار کنترا اندیکه است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب کرمانشاه)

ا درمان با استروئید

ب آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف

ج اندوسکوپ‌ی فوقانی

د تجویز داروی تهوع‌آور

۱۹ بیمار خانم بیست ساله‌ای است که به دنبال بلع وایتکس به اورژانس آورده شده. پس از انجام اقدامات اولیه‌ی اندوسکوپ‌ی فوقانی انجام شده و گزارش آن حاکی از خون‌ریزی‌های مخاطی مختصر همراه با اولسرها‌ی عمیق و اغزودانیو تمام طول مری است. اقدام مناسب در این مرحله کدام است؟ (تألیفی از پره‌انترنی اسفند ۹۷ - قطب اصفهان، تهران و کرمان)

ا تعبیه‌ی گاستروستومی

ب انجام باریوم سوالو و تصمیم‌گیری براساس نتیجه‌ی آن

ج تعبیه‌ی استنت در مری جهت جلوگیری از تنگی ثانویه

د لا پارا تومی

سؤال	۱۷	۱۸	۱۹
پاسخ	د	د	الف

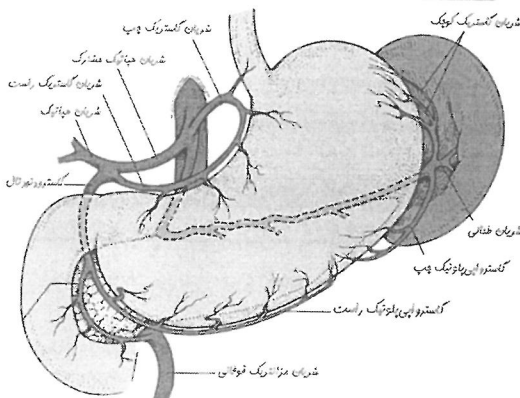


عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
معده، دوازدهه و پانکری	۸	۸۸

### پاسخ ۱- آناتومی معده

۱ منشأ کدامیک از شریان‌های معده بطور مستقیم از تنه‌ی سلیاک است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷- قطب زنجان)

- الف شریان گاستریک چپ
- ب شریان گاسترواپیلوئیک راست
- ج شریان گاستریک راست
- د شریان گاسترواپیلوئیک چپ



معده از شش شریان تغذیه می‌شود: گاستریک چپ و راست، گاسترواپیلوئیک چپ و راست و شریان short gastric (گاستریک کوچک) و گاسترواپیلوئیک. خونرسانی قسمت‌های مختلف رو بخون و تو شکل بین.

خم کوچک معده از گاستریک چپ و راست تغذیه می‌شود که به ترتیب مستقیماً از تنه‌ی سلیاک و شریان هپاتیک منشأ می‌گیرند.

فوندوس معده از گاستریک کوچک (منشأ از شریان طحالی).

خم بزرگ معده در سمت چپ از گاستریک کوچک و گاسترواپیلوئیک چپ (منشأ از شریان طحالی) و در سمت راست از گاسترواپیلوئیک راست (منشأ از گاسترواپیلوئیک). خود شریان طحالی از تنه‌ی سلیاک و شریان گاسترواپیلوئیک از شریان هپاتیک منشأ می‌گیرد.

### آناتومی دوازدهه

دوازدهه ساختاری C شکل است که از نظر آناتومیک به چهار منطقه شامل بولب دوازدهه، دوازدهه‌ی نزولی، عرضی و صعودی تقسیم می‌شود. دوازدهه توسط شریان‌های گاسترو دئودنال و مزانتریک فوقانی خونرسانی می‌شود. بریم سراغ بیماری‌های خوش خیم معده:

### پاسخ ۱- زخم معده (PUD)

۲ H- Pylori با کدام مکانیسم باعث ایجاد پپتیک اولسر می‌شود؟ (تألیفی از پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب مشهد)

- الف افزایش ترشح اسید
- ب آسیب دفاع مخاطی
- ج افزایش ترشح گاسترین
- د الف و ب

زخم معده حاصل برهم خوردن تعادل میان مکانیسم‌های مخرب مخاط معده (افزایش تولید اسید) و مکانیسم‌های محافظتی (کاهش ترشح بی‌کربنات و مکانیسم‌های سرکوب‌کننده‌ی اسید مثل پروستوگلاندین) است. دو عامل مهم ایجاد PUD عبارت است از: ۱- عفونت هلیکوباکتر پیلوری: ایجاد اختلال در تنظیم گاسترین و افزایش ترشح اسید، ۲- مصرف NSAIDs مثل آسپرین: تغییر جریان خون معده و کاهش ترشح موکوس و بی‌کربنات.

تقسیم‌بندی زخم معده بر اساس پاتوفیزیولوژی و مکان آناتومیک زخم است:

۱ اغلب در انحنای کوچک و بالاتر از آنتروم (بیش‌ترین شیوع)

۲ همراهی زخم معده و دئودنوم

۳ اغلب در پره‌پیلوریک

۴ در محل اتصال معده به مری و ابتدای انحنای کوچک (کمترین شیوع)

سؤال	۱	۲	
پاسخ	الف	د	

زخم‌های نوع I و IV با کاهش اسید و نوع II و III با افزایش اسید و شیوع بیشتر عفونت هلیکوباکتریلوری همراه است.

زخم‌های حاصل از NSAID در هر جایی از معده ایجاد می‌شوند و پاسخ ضعیفی نسبت به درمان دارد.

تظاهرات بالینی زخم معده زخم معده با درد اپی گاستر به دنبال مصرف غذا و در نتیجه بی‌اشتهایی و کاهش وزن همراه است، درست برعکس زخم دئودنوم.

**ریسک فاکتورهای زخم معده** سه ریسک فاکتور مشترک بین زخم معده و دئودنوم {۱- دخانیات و سیگار، ۲- NSAIDs (آسپیرین)، ۳- سابقه قبلی زخم پپتیک و یا عفونت هلیکوباکتریلوری} + دو ریسک فاکتور اختصاصی زخم معده {۳- استروئید، ۵- الکل}. یادداشت باشد هیچ‌کدام از این موارد به نفع معده نیست، مثلاً سیگار پروستوگلاندین و سایر محافظتای مخاط معده رو سرکوب می‌کند.

**ارزیابی زخم معده** در تمام بیماران مبتلا و مشکوک به زخم معده باید دو تست انجام بدیم: ۱- آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی برای بررسی احتمال بدخیمی، ۲- تست هلیکوباکتریلوری. برای تأیید زخم، بلع باریم هم کمک می‌کند، ولی به علت نبود امکان بیوپسی، زیاد از این روش استفاده نمی‌کنیم.

**چهار ویژگی بدخیمی زخم معده** رو یاد بگیر ۱- حاشیه زخم برجسته، ۲- سایز بزرگتر از سه سانتی متر، ۳- وجود آکلیدی همزمان، ۴- شکست درمان دارویی. **درمان زخم معده:** در برخورد با زخم معده اول سراغ درمان غیرجراحی و بعد جراحی می‌ریم.

**درمان غیرجراحی زخم معده** عبارت است از: ۱- قطع تمام عوامل محرک زخم (سیگار، الکل، NSAID و کورتون)، ۲- درمان عفونت هلیکوباکتریلوری، ۳- درمان آنتی اسید با PPI (پنتوپرازول) و غیره، ۴- تجویز داروهای محافظتی مخاط مثل سوکرافیت و میزوپروستول. بعد از شش هفته از شروع درمان طبی، باید حتماً آندوسکوپی تکرار و بهبود زخم را بررسی کنیم؛ پاسخ مناسب یعنی بهبود ۵۰٪ زخم. اگر پاسخ به درمان مناسب نبود باید بیوپسی‌های متعدد از حاشیه زخم برای بررسی احتمال بدخیمی بگیریم.

**درمان جراحی زخم معده** رو در صورت عود زخم، عدم بهبودی زخم و بروز انسداد در نظر می‌گیریم. همینجا زخم دئودنوم رو هم یاد بگیر.

### زخم دئودنوم بدون عارضه (DUD)

زخم دئودنوم معمولاً بولب و قسمت اول دئودنوم را درگیر می‌کند که بر خلاف زخم معده، ریسک کنسر را افزایش نمی‌دهد. ریسک فاکتورهای زخم دئودنوم همون سه تایی مشترک با معده است.

**تظاهرات بالینی زخم دئودنوم:** درد اپی گاستر سوزشی که یک تا سه ساعت بعد از مصرف غذا شروع شده، با گرسنگی شدید می‌شود و حتی گاهی بیمار را از خواب بیدار می‌کند. درد با مصرف آنتی اسید و غذا خوردن بهتر می‌شود، در نتیجه برخلاف زخم معده، بیمار مبتلا به زخم دئودنوم پُرخور

۲ Smoking به وسیله تمامی موارد زیر زمینه ساز

PUD (Peptic Ulcer Disease) می‌شود. بجز؟ (پره‌انترنی

شهریور ۹۳- قطب تبریز)

افزایش ریفلاکس گاستروئودنال

افزایش ترشحات اسیدی معده

کاهش بی کربنات پانکراتیکودئودنال

افزایش پروستاگلاندین گاستروئودنال

۴ مرد ۵۵ ساله‌ای با درد اپی گاستر و کاهش وزن تحت

باریوم سواآلو قرار می‌گیرد. در گزارش زخمی به ابعاد

حدود ۲ سانتی متر در انتروم رؤیت می‌گردد. بیمار جهت

مشورت به شما مراجعه می‌کند. کدام اقدام زیر صحیح

است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب شمال)

درمان دارویی با امپرازول با دوز بالا و آندوسکوپی

۸ هفته بعد

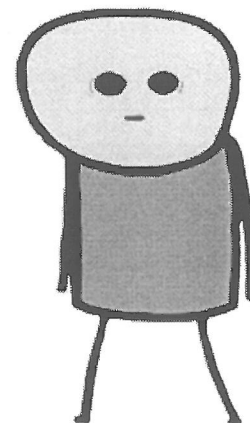
ارجاع به جراح جهت جراحی رادیکال ساب‌توتال

گاسترکتومی

ارجاع به متخصص گوارش جهت آندوسکوپی و بیوپسی

انجام سی تی اسکن شکم و در صورت نداشتن

متاستاز کبدی ارجاع به جراح



سؤال	۳	۴		
پاسخ	د	ج		



و چاق است. بیمار در معاینه تندرست شکم و شواهدی از خونریزی گوارشی خفیف از جمله رنگ پریدگی، تغییرات ارتوستاتیک علائم حیاتی و تست مثبت گایاک مدفوع دارد.

- ۵ قطعی ترین تست تشخیصی عفونت هلیکوباکتر در زخم گوارشی کدام است؟ (پره انترنی اسفند ۹۴ - قطب مشهد)
- الف بیوپسی مخاط معده و بررسی هیستولوژی
- ب بررسی سرولوژی آنتی بادی علیه هلیکوباکتر
- ج بررسی آنتی ژن مدفوعی هلیکوباکتر
- د تست اوره آز هوای بازدمی

**پاسخ** **✓ تشخیص زخم دئودنوم** برای تأیید تشخیص باید از تست عفونت هلیکوباکتر پیلوری و اندوسکوپی (بهترین ابزار برای تشخیص زخم دئودنوم) استفاده کرد. برای اثبات H.Pylori قطعی ترین روش، بیوپسی اندوسکوپی از آنتروم معده و انجام تست اوره آز سریع روی آن است.

الف از بین تست های هلیکوباکتر پیلوری، سه تست اوره آز سریع و تنفسی و آنتی ژن مدفوع برای تشخیص عفونت حاد و همینطور تأیید ریشه کنی استفاده می شوند و تست سرولوژیک، برای سابقه عفونت اخیر را بررسی می کند، چون عفونت حاد را از مزمن تشخیص نمیده. یک هفته قبل از انجام تست های ریشه کنی باید PPI و بیسموت رو قطع کنیم.

**✓ درمان زخم دئودنوم بدون عارضه غیرجراحی و شامل ۱- قطع عوامل محرک، ۲- داروی آنتی اسید و ۳- درمان عفونت هلیکوباکتر است.**

**پاسخ** **الف درمان عفونت H.pylori** عبارت است از ۱۴ روز درمان با آنتی اسید به همراه یکی از سه رژیم زیر:

۱ خط اول: چهار دارویی با یا بدون بیسموت

۲ خط دوم: سه دارویی بر پایه ی لووفلوکساسین

۳ خط سوم: رژیم ضد H پیلوری بر اساس نتایج مقاومت و حساسیت آن

الف رژیم سه دارویی بر پایه ی کلاریترومایسین به علت مقاومت دارویی، به نواحی ای محدود شده است که همچنان به کلاریترومایسین حساسیت دارند.

الف اگر زخم معده یا دئودنوم مقاوم به درمان بود، یکی از مقصرها می تونه عفونت H.pylori باشه که تو اندوسکوپی با متاپلازی (در معده یا روده) و باسیل های گرم منفی مشخص میشه. حالا ممکنه مثل این سؤال یه پولیپ کوچولویی ببینیم. پس اینجا باید بلافاصله درمان ریشه کنی هلیکوباکتر رو شروع کنیم. ولی اگر بیمار قبلاً درمان هلیکوباکتر گرفته، حالا باید ریشه کنی رو با تست های لازم بررسی کنیم.

**عوارض مهم زخم پتیک چهار مورد است**

**پاسخ** **۱ پرفوراسیون** با درد شدید و ناگهانی اپی گاستر (بیمار زمان دقیق شروع درد رو یادشه)، پریتونیت جنرالیزه (شکم ریجید)، شواهد پریتونیت موضعی در RLQ (تدرنس، گاردینگ و غیره) مشخص میشه. در این بیمار باید بلافاصله یک گرافی ایستاده ی قفسه ی سینه بگیریم، که وجود هوای زیر دیافراگم و

۶ خانم ۵۰ ساله / دارای درد اپیگاستر مقاوم به درمان امپرازول / در اندوسکوپی: ضایعه ی پولیپوئید نیم در نیم سانتی متر در بادی معده + در پاتولوژی نهایی: پولیپ هیپرپلاستیک همراه با متاپلازی روده ای و باسیل های فراوان در گیمسا. اقدام مناسب کدام است؟ (پره انترنی شهرپور ۹۸ - قطب تهران)

- الف درمان هلیکوباکتر پیلوری
- ب رزکسیون جراحی ضایعه
- ج درمان با سوکرالفیت
- د رزکسیون آندوسکوپی پولیپ

۷ خانم ۵۲ ساله مبتلا به روماتیسم مفصلی با درد شدید شکم از شب قبل به شما مراجعه می کند. در معاینه علائم حیاتی پایدار است ولی در معاینه شکم تدرنس و گاردنیک دارد. اقدام تشخیصی مناسب در این بیمار کدام است؟ (پره انترنی اسفند ۹۴ - قطب اهواز)

- الف گرافی ایستاده ی قفسه ی سینه
- ب سونوگرافی شکم
- ج لاواژ شکم (DPL)
- د CT اسکن شکم با کنتراست خوراکی

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	الف	الف	الف



یا هوای داخل صفاقی (پنوموپریتوئن) تشخیص رو تأیید می‌کنه. این بیمار رسماً پاره شده پس باید بلافاصله این کارها رو بکنیم: ۱- احیا با آب و الکترولیت کافی + تعبیه‌ی NGT + تجویز آنتی‌بیوتیک و PPI وریدی شدید، ۲- انتقال اورژانسی به اتاق عمل. پرفوراسیون رو به صورت ایاتروژنیک بعد از پروسیجرهای پزشکی هم می‌بینیم. تو سوال صفحه قبل، شرح حال روماتیسم مفصلی یعنی مریض فت و فراووون، NSAID برای درداش مصرف می‌کنه و احتمالاً زخم معده داره.

**پاسخ ۲** خونریزی از زخم با شواهد متنوعی از جمله همتامز، ملنا، خون در رکتوم، شوک، تاکی‌کاردی، هایپوتنشن، رنگ‌پریدگی و تغییر وضعیت ذهنی مشخص می‌شود. درمان خونریزی هم مثل پرفوراسیون دو جزء دارد: ۱- گرفتن دو رگ محیطی + احیا با مایع (حداقل دو لیتر کریستالوئید و در ادامه تزریق خون کامل) + تعبیه‌ی NGT و شستشوی مکرر و دکمپرس کردن معده + اصلاح اختلالات انعقادی + تجویز PPI با دوز بالا، ۲- اندوسکوپی که در تمام موارد خونریزی ضروری است. اگر خونریزی تکرار شد، باید اندوسکوپی رو تکرار و اگر خونریزی شدید بود، از آنژیوگرافی و آمبولیزاسیون انتخابی استفاده کنیم. در زخم‌های تیپ چهار یعنی انحنای کوچک معده و محل اتصال مری به معده از لیگاسیون شریان گاستریک چپ استفاده می‌کنیم.

**سوال ۱** در خونریزی گوارشی، کی جراحی رو انتخاب می‌کنیم؟ ۱- خونریزی‌های مقاوم، ۲- انتقال شش واحد خون یا بیشتر طی ۱۲ ساعت اول، ۳- همودینامیک ناپایدار، ۴- زخم خلفی دئودنوم، ۵- وجود فاکتورهای خطر تکرار خونریزی در اندوسکوپی مثل خونریزی فعال، لخته‌ی تازه و رگ قابل مشاهده روی زخم، ۶- بیمار پیر پس همه‌ی گزینه‌ها به غیر از این آقای میانسال و پایدار، رو باید جراحی کنیم.

**پاسخ ۳** انسداد خروجی معده (GOO) مشابه استنوز پیلور در کودکی است و بیمار با این تابلو میاد: ۱- عدم تحمل غذای خوراکی و استفراغ جهنده پس از غذا خوردن، ۲- کاهش وزن، ۳- احساس پری سر دل، ۴- شواهد دهیدراتاسیون مثل کاهش ترگور پوستی و مخاط خشک، ۴- آلكالوز متابولیک هایپوکلرمیک هایپوکلسمیک و اسیدوری پارادوکسیکال در موارد شدید. در برخورد با این بیمار مثل همیشه احیای اولیه با نرمال سالین یا کریستالوئید، برقراری تغذیه‌ی وریدی و دکمپرس کردن معده با تعبیه‌ی NGT و تجویز PPI وریدی در صورت وجود زخم پایدار اولویت است. بیمار مبتلا به انسداد خروجی معده باید پنج تا شش روز از راه دهان غذا مصرف نکند. اگر با وجود این اقدامات، انسداد رفع نشد، باید جراحی را در نظر بگیریم.

**۴** زخم مقاوم به درمان در این بیماران با قطع مسیر عصبی واگ (واگوتومی تنه‌ای) یا با حذف سلول‌های تولیدکننده‌ی گاسترین در آنتروم (انترکتومی)، باید ترشح اسید پایه را کم کنیم. بریم ادامه‌ی بیماری‌های خوش‌خیم معده رو بخونیم.

**۸** بیماری به دلیل خونریزی ناشی از زخم معده در اورژانس بستری است. در کدام حالت، جراحی توصیه نمی‌شود؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۹- کشوری)

**الف** بیمار ۷۰ ساله با PR=100/min , BP=100/70

**ب** بیمار ۴۰ ساله با PR=110/min , BP=100/60

**ج** بیمار ۳۵ ساله که ۶ واحد خون طی ۱۲ ساعت گذشته دریافت کرده است.

**د** بیمار ۳۰ ساله با عود خونریزی متعاقب ۲ بار اقدام درمانی اندوسکوپی

**۱** آقای ۶۰ ساله‌ای با سابقه‌ی شناخته شده اولسردئودنوم با علائم انسداد خروجی معده از ۱۰ روز پیش شامل تهوع و استفراغ مراجعه نموده است، بیمار از یک ماه قبل مصرف داروها را کنار گذاشته است. اقدام پیشنهادی شما در این مرحله کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطب مشهد)

**الف** جراحی گاستروژنوستومی

**ب** گذاشتن NG-tube و تجویز وریدی پنتازول

**ج** اندوسکوپی و دیلاتاسیون با بالون

**د** Highly selective vagotomy

سؤال	۸	۹
پاسخ	ب	ب

۲- گاستریت حاد در واکنش به عفونت هلیکوباکتر، مصرف NSAID و الکل، ریفلاکس صفرا، رادیوتراپی و تروما ایجاد و معمولاً با اروزیون و خونریزی حاد (استفراغ خونی، ملنا و همتوشزی) مشخص می‌شود. درمانش مشابه زخم پپتیک است.

### ۳- گاستریت استرسی

گاستریت استرسی معمولاً ۴۸ ساعت بعد از شروع یک استرس شدید مثل سوختگی عمده (زخم Curling)، ترومای CNS (زخم کوشینگ)، ترومای شدید و نارسایی ارگان‌ها ایجاد می‌شود. واسه همین یکی از پایه ثابتای اوردر هر مریض بستری تو اورژانس، آنتی‌اسید (پنتوپرازول) یا سوکرافات و میزوپروستول است. شایع‌ترین عارضه‌ی این بیماری خونریزی است. برای درمان گاستریت مثل یک زخم پپتیک و در صورت عارضه‌دار شدن متناسب با عارضه برخورد می‌کنیم.

### ۴- سندرم مالوری ویس

سناریوی شایع مالوری ویس بیماری است که با شکایت خونریزی گوارشی (هماتمز، ملنا و یا همتوشزی) به دنبال فشار زیاد حین والسالوا، استفراغ شدید، بلند کردن اجسام سنگین، زایمان، تشنج و ترومای بلانت شکم مراجعه می‌کند. شاه‌علامت مالوری ویس، پارگی طولی در مخاط محل اتصال معده به مری و لکه‌ی ساب سروزال در طول انحنای کوچک معده در اندوسکوپی است. اقدامات اولیه در مالوری ویس مثل هر خونریزی دیگری، شامل احیا با مایعات، تجویز آنتی‌اسید، تعبیه‌ی لوله‌ی NG و شستشوی معده است. اگر خونریزی مداوم بود، باید خونریزی را با اندوسکوپی و در صورت عدم دسترسی با سیتی‌گرافی هسته‌ای و یا آنژیوگرافی کنترل کنیم. همزمان باید تست‌های انعقادی بیمار، CBC و گروه خونی وی را چک و برایش پکسل و خون رزرو کنیم.

### ۵- پولیپ معده

پولیپ معده دو نوع است: ۱- هایپرپلاستیک: شایع‌تر و معمولاً خوش‌خیم، ۲- آدنوماتوز: با خطر بالای تبدیل به بدخیمی مخصوصاً در اندازه‌های بزرگتر از ۱.۵ سانتی‌متر. پولیپ معده نادر است ولی اگر حتی یک پولیپ در معده ببینیم باید کل دستگاه گوارش از دهان تا فیما خالدون مریض رو از نظر وجود سندرم پولیپ یا همون پوتز- جگرز بررسی کنیم. پوتز جگرز بیماری اتوزوم غالبی است که با پولیپ‌های خوش‌خیم و متعدد در روده‌ی کوچک و لکه‌های ملانین روی لب و مخاط دهان (هایپرپیگمانتاسیون) مشخص می‌شود. درمان معمولاً غیرجراحی است.

### ۶- بزوار

بزوار توده‌ی بزرگی از الیاف غیرقابل هضم در معده است که باعث انسداد خروجی معده می‌شود، از جمله الیاف گیاهی یا عمدتاً مو (در کودکان و مبتلایان به بیماری روان). برای درمان باید بزوار را با اندوسکوپ یا گاستروتومی بشکنیم.

۱۰ آقای ۵۲ ساله‌ای بعد از استفراغ ۵۰۰ میلی لیتر خون روشن به اورژانس مراجعه کرده است. علائم حیاتی Stable است. آندوسکوپی پارگی مخاطی در گاستروازوفازیاال جانکشن را نشان می‌دهد. اقدام درمانی شما در این مرحله کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب زنجان)

ا) آنژیوآمبولیزاسیون

ب) سوند بلک مور

ج) تجویز داروی ضد استفراغ و ادامه‌ی درمان نگهدارنده

د) گاسترومی و دوختن پارگی

۱۱ دختر ۱۴ ساله / شکایت: سوءهاضمه و تهوع و استفراغ از یک سال پیش / دارای سابقه‌ای از مشکلات روحی روانی دارد که تحت مراقبت است / معاینه: نرمال / در بلع باریوم: یک Filling Defect گرد و نامنظم در انتهای معده / محتمل‌ترین تشخیص؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطب اصفهان)

ا) زخم پپتیک

ب) توده‌ی سرپانکراس

ج) بزوار

د) کانسر معده

سؤال	۱۰	۱۱	
پاسخ	ج	ج	




## بیماری‌های بدخیم معده

سه تا از مهم‌ترین‌هاش یعنی آدنوکارسینوم، لنفوم و تومور GIST رو می‌خونیم.

### معده آدنوکارسینوم معده


آدنوکارسینوم شایع‌ترین نوع سرطان معده است. ریسک فاکتورهای آدنوکارسینوم عبارتند از: ۱- عفونت هلیکوباکتریلوری، ۲- آنمی پریشیوز، ۳- آکلریدی، ۴- گاستریت مزمن، ۵- سوختگی شیمیایی به خصوص قلیایی، ۶- پولیپ آدنوماتوز معده، ۷- بیماری منتیر.  **تابلوی بالینی آدنوکارسینوم معده** در مراحل اولیه بی‌علامت است ولی با پیشرفت بیماری با علائمی مثل درد اپیگاستر مبهم، کاهش وزن، اختلال بلع، تهوع و استفراغ، همتامز، ملنا، آنمی فقر آهن و تست گایاک مثبت بروز می‌کند. از شواهد آدنوکارسینوم پیشرفته می‌توان به لنفادنوپاتی‌های سوپراکلاویکولار چپ (گره ویرشو) یا اطراف ناف (گره سیستر ماری جوزف) در صورت انتشار لنفاوی، توده‌ی رکتال قابل لمس (بلومر شلف) در صورت انتشار صفاقی و یا آسیب اشاره کرد. شایع‌ترین محل متاستاز آدنوکارسینوم معده به ترتیب ریه، کبد و تخمدان (تومور krukenberg) است.

 **چرمی شدن معده (Linitis Plastica)** به علت درگیری کامل جدار معده با سرطان، نشانه‌ی پیش‌آگهی ضعیف بیماری است.


### معده ارزیابی آدنوکارسینوم معده سه جزء دارد:

- ۱ تست‌های آزمایشگاهی لازم مثل CBC، الکترولیت‌ها، کراتینین و آنزیم‌های کبدی
- ۲ تأیید تومور و محلش با اندوسکوپی و بیوپسی
- ۳ مرحله‌بندی تومور با سه ابزار: ۱- تعیین عمق تهاجم با EUS یا سونوگرافی اندوسکوپی، ۲- بررسی متاستاز دوردست با CXR و سی‌تی اسکن شکم و لگن، ۳- بررسی متاستاز پریتونئ و امتنوم با لاپاروسکوپی. تمام این مراحل برای تعیین برنامه‌ی درمانی بیمار لازم است، مثلاً در صورت وجود متاستاز دوردست، گزینه‌ی جراحی از روی میز حذف میشه.

 **PET اسکن هم برای بررسی متاستاز مفید است.**

 **درمان آدنوکارسینوم معده** در بیماری متاستاتیک فقط درمان تسکینی (شامل جراحی تسکینی، قرار دادن استنت اندوسکوپی، لیزر درمانی، شیمی و پرتو درمانی) انجام می‌شود. جراحی فقط در بیماری موضعی (محدود به زیرمخاط) به خصوص موارد دیستال اندیکاسیون دارد.

 **خونریزی و انسداد پروگزیمال یا دیستال به تومور از اندیکاسیون‌های واضح جراحی تسکینی است.**

 **شایع‌ترین اختلال متابولیک بعد از گاسترکتومی، آنمی (میکروسیتیک بیشتر از مگالوبلاستیک) و شایع‌ترین اختلال الکترولیتی هیپوکلسمی و بعد هیپومیزیمی است.**

### ۱۲ کدام مورد ریسک فاکتور آدنوکارسینوم معده

نیست؟ (تألیفی)

- ☐ الف) سابقه‌ی خانوادگی مثب، گاستریت مزمن
- ☐ ب) آکلریدی، سوختگی دو سال قبل مری با قلیا
- ☐ ج) پولیپ آدنوماتوز، عفونت هلیکوباکتریلوری
- ☐ د) آنمی پریشیوز، مصرف غذای چرب

### ۱۳ اقدام انتخابی به منظور Staging آدنوکارسینوم

معده که طی اندوسکوپی و بیوپسی تشخیص داده شده است کدامیک از گزینه‌های زیر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطب مشهد)

- ☐ الف) سونوگرافی شکم
- ☐ ب) ام‌آرای با کنتراست
- ☐ ج) سی‌تی اسکن شکم و لگن با کنتراست
- ☐ د) اسکن تکنسیوم نشان‌دار

### ۱۴ بیمار با آنمی مراجعه کرده است. سن بیمار ۷۰ سال

است. در بررسی به عمل آمده کانسر معده همراه با متاستازهای متعدد در کبد می‌باشد. علائم انسداد معده ندارد. اقدام شما چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب تهران)

- ☐ الف) کموتراپی شود.
- ☐ ب) نیاز به جراحی ساب‌توتال گاسترکتومی دارد.
- ☐ ج) نیاز به توتال گاسترکتومی دارد.
- ☐ د) اقدام خاصی لازم نیست.

سؤال	۱۲	۱۳	۱۴
پاسخ	د	ج	الف





### معده لنفوم معده

معده بیشترین شیوع لنفوم (۲/۳ موارد) و GIST را در سیستم گوارشی دارد، که لنفوم اغلب غیر هوچکینی است. بیمار مبتلا به لنفوم با علائمی مثل درد ایگاستر، کاهش وزن بدون علت، خستگی و خونریزی مراجعه می کند.

✍ **ارزیابی لنفوم معده** ➤ تشخیص اولیه با بیوپسی بافتی حین اندوسکوپی و یا اکسپلوراسیون شکمی گذاشته می شود. بعد از تأیید تشخیص باید برای مرحله بندی بیماری، حتماً CT، CXR، اسکن شکم و آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان رو انجام بدیم.

✍ **درمان لنفوم معده** ➤ بهترین کار رزکشن وسیع بافت درگیر با جراحی و سپس شیمی درمانی یا رادیوتراپی است. انجام شیمی درمانی به تنهایی و بدون جراحی، ریسک خونریزی و پرفوراسیون را بالا می برد.

۱۵ آقای ۶۳ ساله، به علت درد ناحیه اپیگاستر

آندوسکوپی شده و توده ای در ناحیه آنتروم مشاهده می شود. جواب بیوپسی توده لنفوم است. و اسکن شکم و لگن طبیعی می باشد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

✍ PET CT-scan

✍ بیوپسی مغز استخوان

✍ درمان هلیکوباکتر پیلوری

✍ گاسترکتومی توتال

### تومور استرومال دستگاه گوارش (GIST) بیشترین شیوع در معده

GIST به دنبال رشد انواع مختلفی از سلول ها در لایه ی زیرمخاط است. شایع ترین محل متاستاز GIST، کبد است. GIST با شواهد یک تومور معده، مثل بی علامتی، درد مبهم و غیره ظاهر می شود و دو نوع خوش خیم و بدخیم دارد.

✍ **ارزیابی GIST** ➤ برای دیدن توده ی زیرمخاطی، اندوسکوپی (و گاهی EUS) می کنیم، ولی بیوپسی چندان کمک کننده نیست. دیدن این سه ویژگی به نفع بدخیمی GIST است: ۱- اندازه ی تومور بزرگتر از ۶ سانتی متر، ۲- نکروز مرکزی تومور، ۳- فعالیت میتوتیک بالا (بیش از ۱۰ میتوز در ۵۰ فیلد). بعد از تشخیص باید برای بررسی تهاجم توده، CT اسکن شکم بکنیم.

✍ **درمان GIST** شامل اکسیژون موضعی توده با حاشیه ی دو تا سه سانتی متری و اگر بدخیم بود، تجویز ایماتینیب بعد از عمل است. انوکلیشن به دلیل خطر ابتلا به بدخیمی، انجام نمی شود.

### بیماری های بدخیم دوازدهه

#### سندرم زولینجر الیسون (ZES)

زولینجر نوعی تومور مترشحی گاسترین (گاستروما) است. گاسترینوما یا اسپورادیک و یا همراه با سندرم MEN1 (تومور هیپوفیزو پانکراس و هایپر تیروئیدی) دیده می شود. با دیدن هر کدام از شش ویژگی زیر به زولینجر شک می کنیم:

① زخم معده به همراه اسهال شدید و مزمن

② زخم های معده و دئودنوم متعدد یا عودکننده

③ زخم در جای غیرمعمول مثل ژژنوم و ایلئوم به جای دئودنوم

④ سطح بالای گاسترین (بالای ۱۰۰۰)

⑤ معده ی خیلی اسیدی (Ph کمتر از ۲٫۵)

۱۷ آقای ۴۷ ساله، ۳ سال قبل با تشخیص زخم معده

پرفوریه تحت عمل جراحی قرار گرفته است. هم اکنون به دلیل دردهای اپیگاستر، اندوسکوپی مجدد شده که یک زخم دیگر در ناحیه ی تنه ی معده دیده می شود. اقدام مناسب چیست؟ (پره انترنی اسفند ۹۴ - قطب تهران)

✍ عمل جراحی مجدد به صورت الکتیو و انجام واگوتومی

✍ اندازه گیری گاسترین سرم

✍ درمان طولانی مدت آنتی اسید و ضد H.pylori

✍ اندازه گیری کلسیم و PTH سرم

سؤال	۱۵	۱۶	۱۷
پاسخ	ب	د	ب

### ارزیابی زولینجر سه جزء دارد

- ۱ تأیید زولینجر با اندازه‌گیری سطح گاسترین ناشتای سرم که اگر بالای ۱۰۰۰ بود تشخیص قطعی است ولی اگر کمتر از ۱۰۰۰ بود، باید تست ترشحی سکرتین رو انجام بدیم؛ اگر گاسترین سرم بیشتر از ۲۰۰ تا بالا رفت، تشخیص قطعی میشه.
- ۲ شناسایی محل تومور با CT یا MRI شکم، سونوگرافی یا اندوسونوگرافی، اسکن سوماتواستاتین (اکترئوتاید).
- ۳ شناسایی متاستاز و اسپورادیک یا سندرمیک بودن زولینجر: سطح کلسیم سرمی بالا در کنار PTH بالا، سندرم MEN1 را تأیید می‌کند.

### درمان زولینجر

- ۱- آنتی‌اسید با دوز بالا را برای همه‌ی موارد شروع و در مواردی که امکان جراحی نیست (مثل متاستاز)، ادامه میدیم.
- ۲- در موارد غیرمتاستاتیک و اسپورادیک تومور را با جراحی به همراه واگوتومی خارج می‌کنیم.
- ۳- در موارد متاستاتیک و غیراسپورادیک علاوه بر PPI، اکترئوتاید (آنالوگ طولانی اثر سوماتواستاتین) رو تجویز و پارائیروتیدکتومی می‌کنیم.

### چاقی

با چاقی بر حسب BMI و شرایط بیمار برخورد می‌کنیم؛ BMI رو به این صورت حساب می‌کنیم: وزن به کیلوگرم تقسیم بر قد به متر به توان دو. در بیمار با BMI کم‌تر از ۲۷ از تغییر رفتار (سبک زندگی، رژیم و غیره) استفاده می‌کنیم.

در بیمار با BMI ۲۷ تا ۳۴٫۹ از ترکیب رفتار درمانی و دارو درمانی استفاده می‌کنیم. در بیمار با BMI ۳۵ و بیش‌تر علاوه بر موارد بالا، جراحی، ترجیحاً باریاتریک را هم در نظر می‌گیریم. جراحی باریاتریک دو اندیکاسیون دارد: BMI -۱، ۴۰ یا بالاتر

- ۱- BMI -۲، ۳۵ تا ۴۰ به همراه عوارض مربوط به چاقی از جمله آپنه‌ی خواب (مثل این مریض)، رفلاکس گاستروازوفازیال، اختلال مفصلی و غیره.
- ۲ شش دارو برای درمان چاقی تأیید شده است: ۱- فنتیرامین (شایع‌ترین دارو)، ۲- اُریستات، ۳- دوز ثابتی از ترکیب فنتیرامین و توپیرامات به صورت Extended release یا ER، ۴- لُرکاسرین، ۵- دوز ثابتی از ترکیب نالتراکسون و بوپروپیون، ۶- لیراگلو تاید.

۱۸ خانم ۵۸ ساله با سابقه دیابت، فشارخون، آسم و آپنه در حین خواب برای کاهش وزن به شما مراجعه کرده است. توده بدنی (I) می‌باشد. مؤثرترین روش کاهش وزن در این بیمار کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف جراحی باریاتریک

ب تجویز اورلیستات

ج ارجاع به متخصص تغذیه

د ورزش منظم

هنوز کلی مونده فسته بشیا، پاشو بر قشنگ تستاش رو تو طبیبانه بزن.

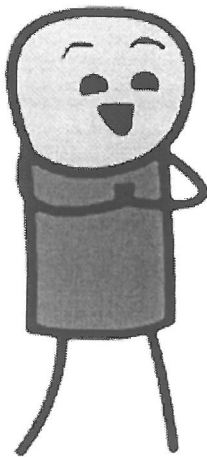
سؤال	۱۸
پاسخ	الف



عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
روده‌ی باریک	۷	۶۸

۱- کمبود ویتامین B12 در رزکسیون کدام قسمت از دستگاه گوارش دیده می‌شود؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶- قطب اهواز)

- ☐ ا- ژژنوم  
☐ ب- کیسه صفرا  
☐ ج- ایلئوم  
☐ د- کولون



روده‌ی باریک از سه قسمت تشکیل شده است: دئودنوم، ژژنوم و ایلئوم. دئودنوم یک بخش رتروپریتونئال است (بجز بولب دئودنوم) و ژژنوم و ایلئوم روی مزانتر کشیده شده‌اند. خون‌رسانی اصلی روده‌ی باریک توسط شریان مزانتریک فوقانی و کمی از خون‌رسانی برعهده‌ی شریان گاستروئودنال است. ویتامین B12، ویتامین‌های محلول در چربی (DAKE) و اسیدهای صفراوی در ایلئوم روده‌ی باریک جذب می‌شوند پس رزکشن آن با کمبود این ویتامین‌ها همراه است. در کل روده‌ی باریک محل اصلی جذب مواد مغذی از جمله چربی و پروتئین (در دئودنوم و ژژنوم)، کربوهیدرات (در ژژنوم) و آهن و کلسیم (در دئودنوم) است.

### انسداد روده‌ی باریک (SBO)

انسداد، شایع‌ترین اندیکسیون جراحی روده‌ی باریک است، که سه نوع دارد:

- ۱- انسداد کامل: بیمار دفع مدفوع و گاز ندارد.
- ۲- انسداد نسبی: بیمار دفع گاز و مدفوع شل دارد.
- ۳- لوپ بسته یا closed loop: نوعی انسداد کامل که روده‌ی باریک از دو ناحیه‌ی پروگزیمال و دیستال بسته شده، که خطر بالای برای استرانگوله شدن دارد و از اندیکاسیون‌های جراحی اورژانس است.

علل ایجاد انسداد روده‌ی باریک رو یاد بگیر:

### علل خارجی:

۲- شایع‌ترین علت انسداد روده‌ی باریک کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب تبریز)

- ☐ ا- هرنی  
☐ ب- ولولوس  
☐ ج- چسبندگی  
☐ د- کانسر

① چسبندگی روده شایع‌ترین علت انسداد در کشورهای پیشرفته است که بعد از عمل لاپاراتومی انسداد ایجاد می‌شود. علت دیگر چسبندگی، التهاب اینترپریتونئال است مثل آپاندیسیت، کوله سیستیت و ...

② هرنی اینکارسره معمولاً از عوارض هرنی غیرقابل جاناندازی است که برای جلوگیری از این عارضه، هرنی‌هایی که جا نمی‌خورند، باید اورژانسی جراحی شوند.

③ هرنی داخلی معمولاً به دنبال جراحی بای پس معده اتفاق می‌افتد. به دلیل بالا بودن ریسک استرانگولاسیون از اندیکاسیون‌های جراحی اورژانس است.

④ کانسرها متاستاتیک پریتونئ (منشأ از تخمدان و کولون) و کارسینوماتوز: به علت مولتی فوکال و درمان ناپذیر بودن، درمان آن تسکینی است.

⑤ ولولوس: پیچ خوردن روده حول محور مزانترش که به دلیل ریسک بالای استرانگولاسیون از اندیکاسیون‌های جراحی اورژانس است.

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ج	ج		

⑥ **سندرم SMA** (شریان مزانتریک فوقانی): به دنبال کاهش وزن سریع و زیاد، قسمت سوم دئودنوم بین آئورت و SMA تحت فشار قرار می‌گیرد. این سندرم با آرتریوگرافی تشخیص داده می‌شود.

✍ **علل داخلی یا اینترامورال** ➡ در این موارد اغلب دیواره ضخیم شده که تنگی می‌دهد. دو نوع است: ۱- خوش‌خیم مثل: کرون (شایع‌ترین علت خوش‌خیم)، رادیاسیون، زخم ناشی از NSAID، تنگی آناستاموز ناشی از رزکسیون قبلی روده/ ۲- بدخیم مثل آدنوکارسینوم، لنفوم، GIST و متاستاز که باید حتماً جراحی شوند. ✍ **علل داخل لومنی یا اینترالومینال** ➡ ۱- گیر افتادن جسم خارجی مانند فیتوبزوار (سبزیجات و میوه‌های هضم نشده) / ۲- ایلئوس سنگ صفراوی (نزدیک دریچه‌ی ایلئوسکال) / ۳- Intussusception: در هم فرو رفتگی تلسکوپ‌ی روده‌ی باریک که قسمتی از روده جمع و وارد پروگزیمال می‌شود. این وضعیت به صورت خودبخود در اطفال ایجاد شده ولی در بزرگسالان به صورت نادر و به دنبال تومور یا پولیپ ایجاد می‌شود. در کل بیماری خودمحدود شونده‌ای است ولی اگر علامت‌دار و یا طولانی شد، باید بررسی‌های بیش‌تر انجام دهیم.

✍ **تظاهرات بالینی انسداد روده** ➡ انسداد روده با علائمی مثل دردهای کولیکی در اطراف ناف و سپس تهوع و استفراغ (نشانه‌ی اصلی انسداد پروگزیمال)، اتساع شکم (نشانه‌ی اصلی انسداد دیستال) و بی‌بوست همراه با عدم دفع گاز و مدفوع ظاهر می‌شود. صداهای روده‌ای در اوایل انسداد زیاد می‌شود ولی در انسداد طول کشیده و پریتونئیت، کاهش می‌یابد. توی هر انسدادی باید مراقب علائم استرانگولاسیون که اندیکاسیون جراحی اورژانسی است، باشیم:

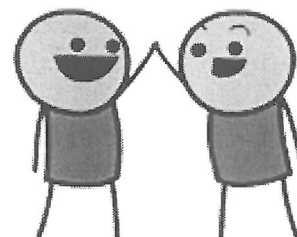
✍ **علائم استرانگولاسیون** ➡ ۱- تب، ۲- تاکی‌کاردی، ۳- تندنس لوکالیزه، ۴- لکوسیتوز. بیمار مشکوک به انسداد حتی اگر یکی از این علائم رو هم داشت، باید بدون یه دقیقه معطلی حتی بدون اقدام تشخیصی سریع برای لاپاروتومی بیریمش اتاق عمل. استرانگولاسیون مهم‌ترین عارضه‌ی انسداد روده است که در انواع کامل و لوپ بسته شایع‌تر است.

✍ **ارزیابی انسداد روده** ➡ در موارد مشکوک به انسداد، برای بررسی ابتدایی رادیوگرافی سری شکمی (گرافی شکم ایستاده و خوابیده + CXR ایستاده) بسیار ارزشمند است. ولی در موارد گیج‌کننده و برای مشخص کردن علت انسداد از سی‌تی اسکن شکمی بدون کنتراست استفاده می‌کنیم. سی‌تی با کنتراست معمولاً ضرورتی ندارد. تو گرافی انسداد چی می‌بینیم: ۱- سطح مایع هوا، ۲- اتساع روده در پروگزیمال انسداد و کلاپس روده در دیستال به انسداد، ۳- لوپ فوکال ثابت که در گرافی‌های سریال تغییری نمی‌کند (ویژگی انسداد لوپ بسته)، ۴- نداشتن گاز در کولون.

✍ **شواهد آزمایشگاهی انسداد روده** ➡ لکوسیتوز و اسیدوز لاکتیک که به خصوص در موارد طول کشیده با وجود اقدامات حمایتی، به نفع ایسکمی است، هاپیوکالمی و آلکالوز متابولیک، هاپیر آمیلازمی، آزمایش ادرار.

❶ در بیماری با احتمال ابتلا به سندرم شریان مزانتریک فوقانی، کدام مورد غلط است؟  
(پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب شیراز)  
❶ بیمار استفراغ‌های شدید غیر صفراوی دارد.  
❷ تنگی در قسمت سوم دئودنوم وجود دارد.  
❸ اغلب با لنرال آرتریوگرافی، تشخیص داده می‌شود.  
❹ در زمینه‌ی کاهش شدید و سریع وزن رخ می‌دهد.

❶ خانم ۲۵ ساله‌ای با سابقه‌ی جراحی آپاندکتومی، با شکایت تب، درد شکم، تهوع، استفراغ و عدم دفع گاز و مدفوع از ۳ روز قبل مراجعه نموده است و در گرافی، سطوح متعدد مایع و هوا قابل مشاهده است و در آزمایشات لکوسیتوز ۲۲۰۰۰ دارد. چه اقدامی را برای بیمار توصیه می‌کنید؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸ - میان‌دوره‌ی کشوری)  
❶ ترخیص با داروی خوراکی  
❷ درمان آنتی‌بیوتیک خوراکی  
❸ باریوم انما با کنتراست  
❹ عمل جراحی بعد از اقدامات اولیه



سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	د		

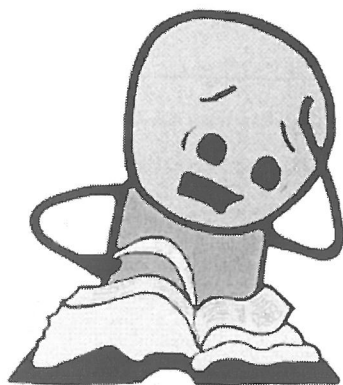
۵ خانم ۴۰ ساله‌ای با تهوع و استفراغ و درد کولیکی شکم با تشخیص انسداد نسبی روده‌ی باریک از ۴۸ ساعت قبل تحت درمان قرار دارد ولی بهبود نداشته است. جهت ادامه‌ی درمان بیمار کدام روش را پیشنهاد می‌کنید؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷ - میان‌دوره‌ی کشوری)

۱ CT اسکن شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی

۲ انتروکلیزیس

۳ استفاده از ماده‌ی حاجب محلول در آب برای کمک به رفع انسداد

۴ عمل جراحی



۶ **بیمار انسداد روده** درمان انسداد روده با اقدامات حمایتی و احیا شروع می‌شود، مثل: NPO کردن بیمار، گذاشتن NG tube و سوند قوی و مهم‌تر از همه مایع درمانی با سرم ایزوتونیک و اصلاح الکترولیت؛ البته بهتر است تا زمانی که حجم بیمار جبران نشده، اصلاح شدید الکترولیت مثل اضافه کردن پتاسیم اضافی به سرم شروع نشود. بعد از مرحله اول میریم سراغ سایر اقدامات، مثل:

۱- جا اندازی هرنی و ترمیم آن در بیماران دارای هرنی اینکارسره

۲- جراحی در صورت وجود یکی از این شش اندیکاسیون

۱- شواهد استرانگولاسیون: تب، تاکی کاردی، لکوسیتوز، تندرns لوکالیزه.

۲- عدم امکان جااندازی هرنی اینکارسره

۳- نداشتن هرنی مشخص یا سابقه‌ی جراحی قبلی

۴- انسداد کامل یا انسداد با درجه‌ی بالا (دیستانسیون شدید)

۵- عدم بهبود علایم طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت مثل این مریض یا بدتر شدن علائم زودتر از این مدت.

۶- وجود هرنی داخلی یا نئوپلاسم.

۱- آنتی‌بیوتیک تراپی (با پوشش گرم منفی هوازی و بی‌هوازی) پیش از جراحی انسداد روده ضروری است.

۲- اگر طول باقی‌مانده روده در بیماری کرون کم‌تر از ۱۰۰ سانتی‌متر بود، TPN طولانی‌مدت لازم است.

۳- موربیدیتی لاپاراتومی در انسداد بدون عارضه ۱٪ و در صورت استرانگولاسیون یا پرفوراسیون ۲۵٪ است.

۴- اندیکاسیون‌های درمان حمایتی به مدت طولانی

۱- کارسینوماتوز شناخته شده، ۲- انسداد زودرس بعد عمل که طی دو هفته بهبود یابد، ۳-

بیماران با انسداد مکرر و جراحی متعدد قبلی (hostile abdomen)، ۴- وجود

چسبندگی بزرگ، ۵- اتريت ناشی از رادیاسیون.

۶- در صورت شک به ایسکمی روده به دنبال انسداد: استفاده از سونو داپلر یا

فلورسنت جین عمل و جراحی second look، ۲۴ ساعت بعد اندیکاسیون دارد.

## ایلئوس پارایتیک

ایلئوس مهم‌ترین تشخیص افتراقی انسداد روده‌ی باریک است که به دلیل از بین رفتن حرکات

روده به دنبال یک فرآیند التهابی ایجاد می‌شود و انسداد ایجاد نمی‌کند. ایلئوس با اتساع منتشر

روده‌ی باریک و کولون بدون وجود Transitional zone تشخیص داده می‌شود.

سؤال	۵
پاسخ	د

**پاسخ** علل ایلئوس هایپوتیروئیدی، مصرف نارکوتیک‌ها، تروما، بی‌حرکتی، داروهای روان‌پزشکی، بیهوشی، سپسیس، پریتونیت و اختلال الکترولیتی (چهارتا هاپو: هاپوکالمی؛ هاپوکلسمی، هاپومیزمی و هاپیوسفاتمی).

### پاسخ ایلئوس بعد از عمل جراحی

ایلئوس بعد از عمل، به علت استرس جراحی، اختلال آب و الکترولیت و مخدرها ایجاد می‌شود. برای پیشگیری از آن از پروتکل fast-track استفاده می‌شود، که شامل این موارد است: ۱- پرهیز از تعبیه‌ی NGT، ۲- به حرکت انداختن سریع بیمار، ۳- اجتناب از مایع درمانی شدید، ۴- شروع سریع تغذیه‌ی خوراکی، ۵- تجویز داروی Alvimopan: آنتاگونیست اپیوئیدی که بدون تغییر اثر تسکینی اپیوئید، اثر محیطی مخدر را از بین می‌برد.

### کرون

کرون نوعی بیماری التهابی روده‌ی باریک است که در آن پاسخ ایمنی سیستم مخاطی به میکروفلورهای روده‌ای افزایش پیدا می‌کند. شایع‌ترین محل درگیری آن درپچه‌ی ایلئوسکال است. علل مختلفی همچون مصرف سیگار و NSAID، ژنتیک دارد. در کرون تمام ضخامت روده‌ی باریک درگیر شده، مزانتر ضخیم و کوتاه شده و لنفادنوپاتی ایجاد می‌شود. زخم‌های آفتی، فیشر و آبسه‌های کربیتی در کرون دیده می‌شود.

### پاسخ مقایسه‌ی کرون و کولیت اولسرو:

کولیت اولسرو	کرون
ضایعات به صورت پیوسته	ضایعات به صورت Skip lesion و ناپیوسته
درگیری فقط کولون و رکتوم	درگیری تمام قسمت‌های GI
موکوزال	ترانس مورال
بدون وجود گرانولوم	وجود گرانولوم غیر پنبیری در هیستولوژی
بدون ایجاد فیستول	تمایل به ایجاد فیستول
همیشه رکتوم درگیر است	گاهی رکتوم درگیر است
بدون ایجاد تنگی	ایجاد تنگی و اسپلنومگالی
ایجاد پولیپ کاذب	ایجاد چربی خزننده مزانتر و ضخیم شدن دیواره‌ی روده

**پاسخ** نشانه‌های بالینی تریاد تشخیصی این بیماری درد شکم (خصوصاً در RLQ)، اسهال (معمولاً غیرخونی برخلاف کولیت اولسرو) و کاهش وزن است.

۶ کدامیک علت ایلئوس بعد از جراحی نیست؟

(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف هپیرکالمی

ب هپوکالمی

ج هپیوسفاتمی

د هپومیزمیومی

۷ کدام مورد در کاهش ایلئوس بعد از جراحی شکم

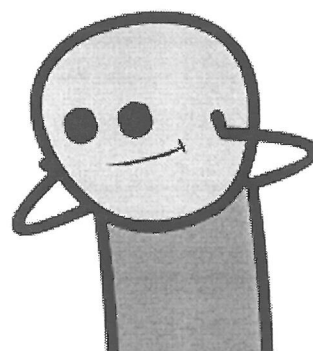
مؤثر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب کرمانشاه)

الف شروع تغذیه زود هنگام

ب کنترل درد با استفاده از مخدر

ج استفاده از NG تیوب

د رکتال تیوب



۸ همه‌ی موارد زیر از مشخصات بیماری کرون است،

بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۶- هشت قطب مشترک)

الف التهاب تمام ضخامت جدار روده

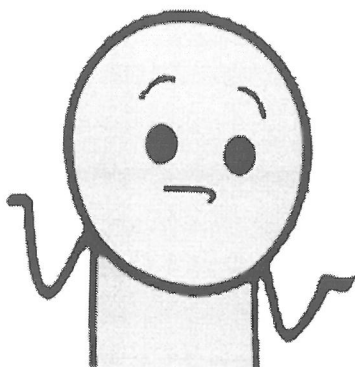
ب وجود التهاب ناپیوسته به همراه نقاط سالم بین آن‌ها

ج درگیری مجزای نواحی پری آنال و آنورکتال

د در بعضی از موارد

د درگیری رکتوم در تمام بیماران

سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	الف	د	الف



تظاهرات خارج روده‌ای آن عبارت است از: درگیری چشم، پوست، مفصل، صفرا، استئوماتیت آفتی و واسکولیت‌ها. در کرون چون خوردن از دهان و جذب از ایلئوم ترمینال ایراد دارد، کمبود ویتامین B12 و ویتامین‌های محلول در چربی، هیپوآلبومینمی، سنگ‌های صفراوی و تأخیر در رشد و تکامل دیده می‌شود. **تشخیص کرون:** بهترین ابزار برای بررسی کرون، کولونوسکوپی یا باریوم انما با تمرکز روی ایلئوم ترمینال است. سایر موارد عبارتند از:

- ① بررسی روده‌ی باریک با اندوسکوپی با ماده‌ی حاجب
- ② CT اسکن: در صورت شک به آبسه، فلگمون، افزایش ضخامت روده و انسداد پارشیل
- ③ انتروکلایزیس (تزریق هوا و ماده‌ی حاجب به روده‌ی باریک) جهت بررسی جزییات موکوس
- ④ ازوفاگوستروئودنوسکوپی (EGD): در صورت شک به درگیری نواحی فوقانی
- ⑤ سیستوگرافی، سیستوسکوپی و معاینه‌ی واژینال: در صورت شک به فیستول ادراری و واژینال

### درمان کرون

**حمایتی:** تجویز مسکن برای کاهش حرکات روده، مراقبت از زخم در بیماران مبتلا به فیستول، تغذیه‌ی وریدی (در صورت وجود انسداد، بیماری شدید و فیستول)، داروهای ضد اسهال (لوپرامید، کدئین، دیفنوکسیلات و کلسیتیرامین)، تجویز پروبیوتیک‌ها، استفاده از مکمل‌های لاکتاز و اجتناب از مصرف لاکتوز. **داروی کنترل التهاب (موارد حاد):** شامل سولفاسالازین، مسالامین، کورتون: ۷ تا ۱۰ روز بعد، پاسخ به درمان ظاهر می‌شود.

**سرکوب‌گرهای ایمنی** در صورت عدم پاسخ به کورتون مثل سیکلوسپورین، آزیتویدین و متوتروکسات

**داروهای بیولوژیک** مثل اینفلیکسی‌مب: در موارد مقاوم به کورتون و فیستول‌های پری آنال تجویز می‌شود.

**جراحی:** در صورت وجود تنگی فیبروتیک، پرفوراسیون، فیستول، انسداد حاد کامل و انسداد مزمن پارشیل روده و آبسه‌های مقاوم به دارو

**پیش از جراحی** تجویز آنتی‌بیوتیک و آمادگی روده بایستی انجام شود و در صورتی که طول روده باقی‌مانده پس از جراحی بیش از ۱۰۰ سانتی‌متر باشد امکان ادامه‌ی تغذیه‌ی خوراکی وجود دارد.

**درمان اولیه‌ی آبسه** شامل درناژ و درمان دارویی است.

۱ آقای ۳۸ ساله و مبتلا به کرون تا کنون چهار نوبت تحت عمل جراحی گوارشی قرار گرفته است که نوبت آخر آن به علت اخیراً و به دنبال درگیری راجعه‌ی اطراف آناستوموز ایلئوسکال است. کدامیک از موارد زیر در کنترل تشدید حاد بیماری، کاربرد بیش‌تری دارد؟ (بانک سؤال لارنس ۲۰۱۳)

- ۱ آزاتیوپرین
- ۲ اینفلیکسی‌مب
- ۳ پردنیزون
- ۴ متوتروکسات

سؤال	۹
پاسخ	ج

### ایسکمی مزانترا

ایسکمی مزانترا یک اورژانس جراحی است. در هر بیمار با درد شکم و اسیدوز متابولیک، ایسکمی مزانترا باید بررسی شود. مهم‌ترین علل ایسکمی مزانترا رو با هم بررسی کنیم ۹

۱) آمبولی SMA (شریان مزانتریک فوقانی): شایع‌ترین علت ایسکمی مزانترا است که در زمینه‌ی یک بیماری قلبی به خصوص فیبریلاسیون دهلیزی ایجاد می‌شود. بیمار با درد شدید و ناگهانی شکم که شدتش با تندرین متناسب نیست مراجعه می‌کند. راه تشخیص آرتروگرافی مزانتریک (گلد استاندارد) و تصاویر تأخیری فاز وریدی است. درمان اختصاصی آن آمبولکتومی با لاپاراتومی است.

۲) ترومبوز SMA: خطر انفارکت کامل روده در این مورد بیش‌تر است. درمان اختصاصی آن روسکولاریزاسیون عروق مزانترا از طریق استنت یا بای‌پس SMA است.

۳) ترومبوز SMV (ورید مزانتریک فوقانی): معمولاً در زمینه‌ی هایپرکواگولوپاتی (کمبود آنتی‌ترومبین ۳ و جهش ۵ لیدن) ایجاد می‌شود. تشخیص آن با تصاویر تأخیری فاز وریدی جهت تعیین ترومبوز و سی‌تی‌اسکن است. درمان اختصاصی این ترومبوز، ضد انعقاد با هپارین وریدی است.

۴) ایسکمی غیر انسدادی مزانترا (NOMI): معمولاً در بیماران بستری در ICU و با ناپایداری همودینامیک دیده می‌شود که درمان اختصاصی آن قطع وازوکانستریکتور، آلفا آدرنژیک و دیگوکسین است.

در هر چهار بیماری، قدم اول درمان حمایتی و شامل مایع درمانی و اصلاح الکترولیت‌ها و آنتی‌بیوتیک‌تراپی است.

### تومورهای روده‌ی باریک

علائم تومورها شامل انسداد، خون‌ریزی، علائم متاستاز و نقطه‌ی شروع intussuseption است.

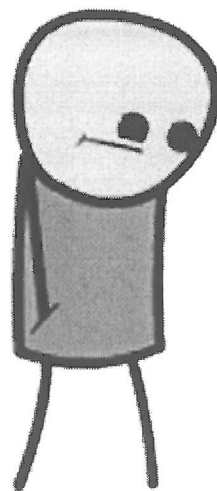
♦ تومورهای خوش‌خیم شایع‌ترند و در زن و مرد بروز یکسانی دارند، مثل:

① لیومیوم: شایع‌ترین تومور خوش‌خیم روده‌ی باریک است و معمولاً در ژژنوم ایجاد می‌شود که در انتهای خوش‌خیم طیف GIST قرار دارد.

② همانژیوم: باعث خون‌ریزی مخفی می‌شوند. در همانژیوم متعدد باید به سندرم اوسلر-ویر-رندو شک کنیم. تشخیص با کپسول اترسکوپ و در صورت خون‌ریزی فعال، با آنژیوگرافی است.

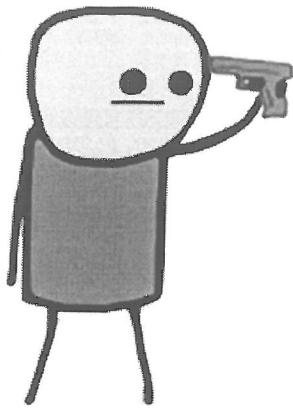
۱۰ خانم ۶۰ ساله‌ای با سابقه‌ی ایسکمی حاد میوکارد ۶ ماه قبل، در حال حاضر با درد شکم شدید و بی‌قراری مراجعه کرده است. تب ندارد. معاینه‌ی شکم تندرین مختصر اطراف ناف دارد، ولی ریباند و گاردینگ ندارد. در ECG ریتم AF داشته و در آزمایشات Hb: 10.1, WBC: 16000, Plt: 360000 دارد، برای تشخیص روش gold standard کدام است؟ (پرهانتونی شهریور ۹۸- قطب شمال)

- ☐ A CT scan شکم و لگن با کنتراست خوراکی و وریدی  
☐ B آنژیوگرافی شریان مزانتریک  
☐ C ونوگرافی عروق مزانتریک  
☐ D سونوگرافی داپلر عروق مزانتریک



سؤال	۱۰			
پاسخ	ب			





③ همارتوم: می‌تواند منجر به خون‌ریزی و ایتنوساسپشن مخصوصاً در اطفال شود که اگر زیاد بود، باید به سندرم پوتزجگرز شک کرد.

④ آدنوم ویلوس: دارای پتانسیل بالای بدخیمی است، پس باید آن را رزکشن بکنیم.

❖ تومورهای بدخیم در مردان شایع‌ترند، مثل:

① آدنوکارسینوم: بیش‌تر دئودنوم را درگیر می‌کند و علامت آن انسداد و کاهش وزن است. کارسینوم در ناحیه‌ی پری آمپولر دئودنوم با زردی بدون درد و پانکراتیت ظاهر می‌شود، پس با غربالگری اندوسکوپی ناحیه‌ی پری آمپولر سندرم پولیپوز فامیلیال زودتر تشخیص داده می‌شود. درمان آن رزکشن وسیع جراحی همراه با حاشیه‌ی مناسب و لنف نودهاست.

② تومور کارسینوئید: محل شایع آن آپاندیس و روده‌ی باریک بخصوص ایلئوم است. هرچه تومور بزرگ‌تر باشد، احتمال متاستاز بیش‌تر می‌شود. علامت آن انسداد و در بسیاری افراد بی‌اشتهایی، ضعف، بی‌حالی و کاهش وزن است. برای تشخیص لاپاراتومی می‌کنیم. درمان آن شامل رزکشن وسیع روده و مزاتر متصل به آن و حذف متاستازهای قابل برداشت است.

❗ در تومور کارسینوئید و متاستاتیک روده، سندرم کارسینوئید داریم که با حملات خودبخودی یا بعد از هیجان مشخص می‌شود، در آن سروتونین و 5HIAA (پنج هیدروکسیل استیک اسید) افزایش پیدا می‌کند. علائم این سندرم عبارت است از: ۱- فلاشینگ، ۲- برنکواسپاسم، ۳- اسهال، ۴- کرامپ شکمی، ۵- اختلال دریچه‌ی راست قلب. برای تشخیص 5HIAA را اندازه می‌گیریم.

③ لنفوم روده‌ی باریک: این بیماری بیش‌تر ایلئوم را درگیر می‌کند که با سی‌تی‌اسکن یا ارزیابی با ماده‌ی حاجب تشخیص داده می‌شود. درمان شامل جراحی + کموتراپی یا رادیوتراپی است.

### ❖ دیورتیکول مکل

دیورتیکول مکل، شایع‌ترین آنومالی مادرزادی روده‌ی باریک است که که معمولاً ۶۰ سانتی‌متری دریچه‌ی ایلئوسکال ایجاد می‌شود و شایع‌ترین بافت نابجای درون آن، بافت معده است. این بیماری در جنس مذکر شایع‌تر است و موارد علامت‌دار آن در بچه‌ها بیش‌تر است. شایع‌ترین علامت بیماری به خصوص در بچه‌های زیر دوسال خونریزی روشن و بدون درد از رکتوم است، سایر علائم شایع عبارتند از انسداد، التهاب و فیستول نافی.

⑪ بیمار خانم ۴۵ ساله و مبتلا به نارسایی دریچه‌ی ترکوسپید است. وی از دردهای کرامپی شکم، تاکی‌کاردی و افت فشار خون شکایت دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (تألیفی)

الف) لنفوم

ب) آدنوکارسینوم

ج) تومور کارسینوئید

د) سندرم دامپینگ

⑫ در مورد دیورتیکول مکل همه‌ی جملات زیر صحیح است بجز؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب کرمان)

الف) نیمی از موارد علامت‌دار زیر دو سال سن دارند.

ب) محل آن ۶۰ سانتی‌متری دریچه‌ی ایلئوسکال است.

ج) شیوع آن در جنس مذکر دو برابر جنس مؤنث است.

د) شایع‌ترین تظاهر آن انسداد روده‌ی باریک است.

سؤال	۱۱	۱۲	
پاسخ	ج	د	

✍️ عوارض دیورتیکول مکمل ۱- فیستول نافی: در صورت باقی ماندن مجرای ویتلین،  
 ۲- سینوس نافی: در صورت باقی ماندن قسمت نافی مجرا، ۳- فیکس شدن روده و انسداد  
 ۴- انسداد مدفوعی: علائم مشابه آپاندیسیت دارد، ۵- اینتوسااسپشن به دنبال دیورتیکول: به  
 صورت مدفوع ژله‌ای بروز می‌کند و با انمای باریم و هوا درمان می‌شود.

✍️ اساس تشخیص دیورتیکول مکمل، اسکن رادیونوکلوتید با TC99 است.

✍️ اندیکاسیون‌های جراحی ۱- علامت‌دار بودن بیمار، ۲- بیمار بدون  
 علامت در دو سر طیف سنی (بچه و پیر)، ۳- در صورت داشتن دیورتیکول با  
 قاعده‌ی باریک، ۴- وجود بافت هتروتوپیک، ۵- باند مزودیورتیکولار، ۶- سابقه‌ی  
 انسداد مکرر، ۷- چسبندگی، ۸- بیماران در انتظار رادیوتراپی.

### مالروتاسیون

شایع‌ترین تظاهر مالروتاسیون در نوزادان، ولولوس میدگات است. معمولاً  
 با استفراغ صفرای شروع و بعد در ادامه با دیستانسیون، تدریس شکم و  
 حتی شوک همراه می‌شود. سریع‌ترین و دقیق‌ترین روش تشخیص بیماری  
 رادیوگرافی Upper GI series است. مالروتاسیون رو باید اورژانسی، لاپاروتومی  
 و پیچ‌خوردگی روده رو باز کنیم، هم‌زمان یک باره آپاندکتومی هم می‌کنیم.  
 دیگه حالا که شکمو باز کردی، هرچی اضافه‌س بردار دیگه 😊

### سندرم روده‌ی کوتاه

به طول روده کمتر از ۱۸۰ سانتی‌متر در بزرگسالان گفته می‌شود که به علت  
 رزکشن روده‌ی باریک در زمینه‌ی بیماری‌های کرون، ایسکمی ثانویه به آمبولی،  
 نکروز انتروکولیت، استرانگولاسیون هرنی و ولولوس میدگات ایجاد و موجب  
 اختلال در جذب اسیدهای صفرای و ویتامین B12 می‌شود. برای بیمار مبتلا  
 به سندرم روده‌ی کوتاه در دو حالت باید TPN و تغذیه‌ی کامل وریدی برقرار  
 کنیم: ۱- طول روده کمتر از ۶۰ سانتی‌متر با کولون نرمال، ۲- طول روده  
 کمتر از ۱۰۰ سانتی‌متر و بدون وجود کولون.

✍️ برو سراغ تست تمرینی.

۱۲ بهترین گزینه جهت تشخیص محل خون‌ریزی

از دیورتیکول مکمل کدام است؟ (پره‌انترنی شهرپور

۹۶- قطب اهواز)

۱۳ انتروکلیزیس

۱۴ سی‌تی‌اسکن

۱۵ اسکن هسته‌ای

۱۶ گرافی سری روده‌ی باریک (GI series)



۱۲ سندرم روده‌ی کوتاه: (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب آزاد)

۱۳ زمانی اتفاق می‌افتد که کمتر از ۱۸۰ cm از روده‌ی

باریک در بالغین باقی بماند.

۱۴ معمولاً در اثر رزکسیون روده‌ی باریک ایجاد می‌شود.

۱۵ علت آن معمولاً ایدیوپاتیک است.

۱۶ گزینه‌ی الف و ب

سؤال	۱۳	۱۴		
پاسخ	ج	د		

عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
بیماری‌های آپاندیس	۶	۹۰

### پس آپاندیسیت حاد

آپاندیسیت، شایع‌ترین اورژانس جراحی است.

**علائم** اولین علامت آن درد دور ناف به همراه بی‌اشتهایی، تهوع و استفراغ و بعد درد RLQ است. وجود تب و لکوسیتوز به معنای پیشرفت التهاب است. در معاینه‌ی آپاندیسیت حاد علاوه بر تندرns در ناحیه‌ی مک‌برنی، ریباند تندرns، درد ناحیه‌ی رکتوم (در مواردی که آپاندیس در قسمت تحتانی سکوم باشد) و گاردینگ (در موارد پیشرفته) سه علامت داریم:

▼ Rovsing sign بروز درد در ناحیه‌ی RLQ هنگام لمس LLQ.

▼ Psoas sign بدتر شدن درد در اکستنشن مفصل هیپ راست که نشان‌گر آپاندیس رتروسکال است.

▼ Obturator sign ایجاد درد با روتاسیون غیرفعال مفصل هیپ فلکس شده که نشان‌گر التهاب عضله‌ی ابتراتور لگن است.

در آپاندیس پرفوره اول، موقتاً درد احشایی بهبود پیدا می‌کند و بعد درد پریتونیت همراه با تب بالا و لکوسیتوز شیف به چپ ایجاد می‌شود.

در بارداری آپاندیس بالاتر و تشخیص سخت‌تر است. لکوسیتوز فیزیولوژیک بارداری باعث می‌شود که لکوسیتوز در آپاندیسیت دوران بارداری معتبر نباشد.

**تصویربرداری** سونوگرافی در تشخیص آپاندیسیت حساسیت بالایی دارد. در مواردی که تشخیص آپاندیسیت قطعی نیست، می‌توان از CT اسکن هم برای رد سایر تشخیص افتراقی‌ها استفاده گرفت.

**درمان** اولیه‌ی آپاندیسیت آپاندکتومی در اسرع وقت است، البته قبل از عمل جراحی باید مایع درمانی و آنتی‌بیوتیک وریدی مناسب (سفالوسپورین نسل دو یا پنی‌سیلین وسیع‌الطیف (یا ترکیب فلوروکینولون) با مترونیدازول) را شروع کنیم. آپاندکتومی به دو صورت باز و لاپاراتومی انجام می‌شود. لاپاراتومی، درد و عفونت کم‌تری دارد که در صورت عدم اطمینان از تشخیص، لاپاراتومی ارجح‌تر است.

لله اگر در معاینه‌ی آپاندیس، توده لمس کنیم و یا در سونو آبه ببینیم، باید آبه را به صورت پرکوتانه تحت گاید رادیولوژی درناژ کنیم و آنتی‌بیوتیک بدیم. بعد از شش تا هشت هفته بیمار رو بررسی می‌کنیم که اکثراً به آپاندکتومی نیاز ندارند.

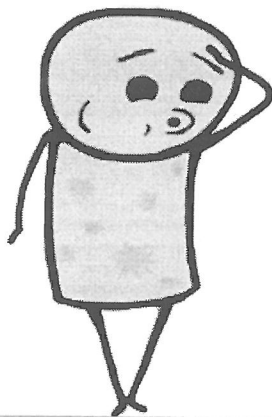
۱ آقای جوان با درد شکم در سمت RLQ مراجعه نموده است و بیمار در معاینه هنگامی که در LLQ با دست فشار ایجاد می‌کنیم از درد RLQ شاکی است. یافته‌ی فوق نشانگر چه علامتی است؟ (پره‌انترنی خرداد و آذر ۹۸ - میان‌دوره‌ی کشوری)

Obturator sign

Rovsing sign

Currnet sign

Psoas sign



۲ آقای ۳۸ ساله‌ای با سابقه درد RLQ از ۵ روز قبل مراجعه کرده است، تهوع و بی‌اشتهایی را هم ذکر می‌کند. در معاینه تندرns RLQ دارد و WBC=12000 می‌باشد. در سونوگرافی انجام شده آبه به قطر تقریبی ۵ سانتی‌متر در ناحیه RLQ دیده شده که آبه آپاندیس در CT اسکن تأیید می‌شود. کدام درمان صحیح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

۳ روز آنتی‌بیوتیک‌تراپی و سپس آپاندکتومی

تخلیه‌ی آبه پرکوتانوس تحت گاید

سونوگرافی + آپاندکتومی ۳ روز بعد

آپاندکتومی + تخلیه آبه حین جراحی

تخلیه‌ی آبه پرکوتانوس تحت گاید

سونوگرافی و آپاندکتومی ۸-۶ هفته بعد

سؤال	۱	۲
پاسخ	ب	د



**عوارض** ۱- عفونت زخم جراحی (شایع‌ترین)، ۲- آبسه‌ی لگنی (در آپاندیسیت پرفوره)، ۳- fecal fistula (به کرون در قاعده‌ی آپاندیس فکر می‌کنیم)، ۴- آپاندیسیت باقی‌مانده یا stump: بیش‌تر در لاپاروتومی باز و مواردی که منجر به کولکتومی شده است.

#### آپاندکتومی اتفاقی

به آپاندکتومی حین یک عمل جراحی دیگر گفته می‌شود، که قبلاً خیلی انجام میشد، ولی دیگه منسوخ شده چون انجامش آنچنان سودی برای مریض نداره.

#### تومورهای آپاندیس

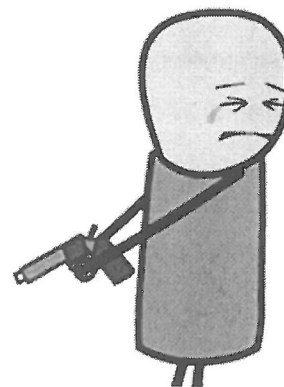
**کارسینوئید** اکثراً خوش‌خیم که می‌تواند باعث انسداد لومن یا آپاندیسیت شود. تومورهای با سایز کوچک‌تر از 2 cm را با آپاندکتومی ساده برمی‌داریم، اما برای ضایعات بزرگ‌تر از 2 cm و یا آن‌هایی که قاعده‌ی آپاندیس را درگیر کرده‌اند، همی‌کولکتومی سمت راست (برای برداشتن مسیرهای درناژ لنفاوی) می‌کنیم.

**موکوسل** باعث انسداد لومن آپاندیس و بروز علائم آپاندیسیت حاد می‌شود. اگر به نئوپلازی شک داشتیم (یافته‌های غیر معمول در جراحی) همی‌کولکتومی راست می‌کنیم.

موکوسل پرفوره یا کارسینوم پرفوره ممکن است با سودومیکسوم پرتئونیت همراه شود.

**تست تمرینی یادت نره.**

- ۲ بیماری با تشخیص آپاندیسیت حاد، آپاندکتومی شده است. در باتولوژی تومور کارسینوئید با اندازه‌ی بزرگ‌تر از دو سانتی‌متر در قاعده‌ی آپاندیس گزارش شده است. اقدام مناسب چیست؟ (پره‌انترنی آذر ۹۷-میان‌دوره‌ی کشوری)
- الف جراحی همی‌کولکتومی راست
  - ب انجام کولونوسکوپی
  - ج انجام سی‌تی‌اسکن شکم و لگن
  - د نیاز به اقدام خاصی نیست



من از فردم هم فسته شده‌ام

موصله‌ام را از دست داده‌ام، دلم دارد می‌پوسد

چه تنهایی عمیقی!

پدر خیال می‌کرد،

آدم وقتی در میزهای خودش تنها باشد، تنها است

نمی‌دانست که تنهایی را فقط در میان جمع می‌شود حس کرد ...

سمفونی مردگان

عباس معروفی

سؤال	۳			
پاسخ	الف			



عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
کولون، رکتوم و مقعر	۱۰	۲۳۸

- ۱ شریان میدکولیک از کدامیک از شریان‌های ذیل منشأ می‌گیرد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب اهواز)
- الف) شریان مزانتريک تحتانی
- ب) شریان مزانتريک فوقانی
- ج) تنه‌ی سلیاک
- د) شریان گاسترواپی پلوئیک راست

**پاسخ:** خون‌رسانی کولون: کولون صعودی و نیمه‌ی پروگزیمال کولون عرضی توسط شریان مزانتريک فوقانی و نیمه‌ی دیستال کولون عرضی، کولون نزولی و سیگموئید توسط شریان مزانتريک تحتانی خون‌رسانی می‌شوند. بین محل خون‌رسانی این دو شریان (در محل خم طحالی) به علت خون‌رسانی ضعیف، بالاترین خطر ایسکمی حین آناستاموز وجود دارد. خون‌رسانی بخش فوقانی رکتوم با شریان هموروئیدال فوقانی (شاخه‌ای از مزانتريک تحتانی) و بخش میانی و تحتانی رکتوم با شریان‌های هموروئیدال میانی و تحتانی (از ایلپاک داخلی و پودندال داخلی) انجام می‌شود.

به غیر از بخش میانی و تحتانی رکتوم که توسط وریدهای پودندال و ایلپاک داخلی به گردش خون سیستمیک می‌ریزند، بقیه‌ی قسمت‌ها به ورید پورت تخلیه می‌شوند.

### ارزیابی‌های تشخیصی

- ۲ آقای ۵۵ ساله‌ای با خون‌ریزی همراه مدفوع مرجعه نموده است. تست خون مخفی نیز مثبت است. اقدام پیشنهادی ارجح شما کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب مشهد)
- الف) کولونوسکوپی
- ب) رکتوسیگموئیدوسکوپی
- ج) باریوم آنما
- د) پرهیز از مصرف داروها و میوه‌جات و تکرار تست

**پاسخ:** گرافی شکم: در هر بیمار با درد شکم، گرافی خوابیده و ایستاده شکم اندیکاسیون دارد.

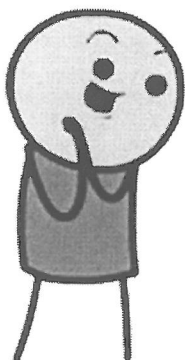
**پاسخ:** باریوم آنما: در تشخیص محل انسداد، ولولوس، دیورتیکولوز و تومورها کاربرد دارد. باریوم آنما با کنتراست دوگانه (باریوم و هوا) برای تشخیص پولیپ و ضایعات کوچک خیلی حساس است.

**پاسخ:** سی‌تی کولوگرافی: در تشخیص پولیپ و کانسر مشابه کولونوسکوپی است، اما برای تشخیص ضایعات بزرگ‌تر از یک سانتی‌متر دقیق‌تر است.

**پاسخ:** اسکن تکنسیوم: برای بررسی خون‌ریزی‌های گوارشی تحتانی خفیف با همودینامیک پایدار استفاده می‌شود. اگر اسکن مثبت شد، باید با آنژیوگرافی مزانتريک محل خون‌ریزی را تعیین کنیم.

**پاسخ:** آنژیوگرافی: در خون‌ریزی‌های متوسط تا شدید کاربرد دارد و در خون‌ریزی‌های خفیف و مزمن مناسب نیست.

**پاسخ:** کولونوسکوپی: دقیق‌ترین روش تشخیصی برای بررسی خون‌ریزی تحتانی با علت نامشخص، بیماری‌های التهابی روده، تنگی‌ها و سایر پاتولوژی‌های روده‌ی بزرگ می‌باشد و امکان دیدن تمام کولون و رکتوم و چند سانتی‌متر از ایلپوم ترمینال را فراهم می‌سازد.



سؤال	۱	۲
پاسخ	ب	الف

### بیماری‌های خوش خیم کولون

❖ **دیورتیکول (بیرون زدگی جدار روده)** که معمولاً در سنین بالا (۵۰ تا ۸۰ سال) رخ می‌دهد و با رژیم غذایی کم فیبر ارتباط دارد. انواع دیورتیکول عبارت است از: ۱- مادرزادی منفرد (دیورتیکول واقعی)، ناشایع است و دربرگیرنده کل دیواره است و معمولاً در کولون راست دیده می‌شود، ۲- اکتسابی (دیورتیکول کاذب)، بسیار شایع است و اکثراً در سیگموئید و در محل ورود شریان‌های مارژینال به کولون دیده می‌شود.

❖ **دیورتیکولوز:** این اصطلاح بیش‌تر برای دیورتیکول‌های کاذب به کار می‌رود که معمولاً بی‌علامتند و به صورت تصادفی در باریم انما یا کولونوسکوپی تشخیص داده می‌شوند. درد مکرر LLQ، خون‌ریزی، تغییر اجابت مزاج (اسهال یا یبوست) و عدم وجود تب و لکوسیتوز از یافته‌های بالینی در این بیماری است و در صورت گرفتن گرافی، اسپاسم سگمنتال و باریک شدگی لومن روده دیده می‌شود. برای درمان این بیماری استفاده از غذاهای پرفیبر و داروی پسیلوم توصیه می‌شود.

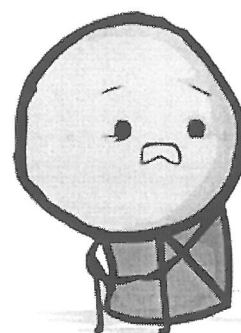
❖ **دیورتیکولیت عفونتی** است که معمولاً به دنبال انسداد گردن دیورتیکول رخ می‌دهد و تب، توده قابل لمس، درد LLQ و تغییر اجابت مزاج از تظاهرات بالینی آن است. شایع‌ترین عارضه‌ی این بیماری تشکیل آبسه در اطراف کولون یا چربی مزاتریک است، سایر عوارض آن عبارتند از: بروز فیستول (به واژن، پوست و مثانه) و پریتونیت که با وجود هوا در گرافی ایستاده شکم مشخص می‌شود. شایع‌ترین فیستول ناشی از دیورتیکولیت، نوع کولوویکال است.

✍ **بروز فیستول در دیورتیکولیت** با این چهار ویژگی مشخص می‌شود: ۱- اسهال، ۲- دفع مدفوع از واژن (نوع کولوواژینال)، ۳- دفع هوا در ادرار و عفونت ادراری راجعه (نوع کولوویکال)، ۴- اریتم پوستی به همراه فرونگولی پاره شده که از آن مدفوع خارج می‌شود (نوع کولوکوتائوس).

✍ **ارزیابی تشخیصی در دیورتیکولیت** کلاً با شک به دیورتیکولیت و عوارضش باید CT اسکن و کولونوسکوپی برای رد سایر اختلالات مخاطی درخواست کنیم. گاهی با شک به فیستول کولوویکال، سیستوگرافی هم می‌گیریم.

❖ کدامیک از جملات زیر صحیح نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطب آزاد)

- ا) دیورتیکول‌های کولون راست (معودی) معمولاً مادرزادی است.
- ب) دیورتیکول‌های کولون چپ معمولاً اکتسابی هستند.
- ج) دیورتیکول‌های کولون راست معمولاً حقیقی است. (تمام لایه‌های کولون را شامل می‌شود).
- د) دیورتیکول‌های کولون چپ (سیگموئید) معمولاً حقیقی است. (تمام لایه‌های کولون را شامل می‌شود).



❖ آقای ۷۵ ساله‌ای به علت درد پایین و چپ شکم (LLQ)، یبوست و تب مراجعه کرده است. در لمس توده‌ای در همین ناحیه به دست می‌خورد. بهترین اقدام تشخیصی در این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشور)

- ا) باریوم انما
- ب) کولونوسکوپی
- ج) سی‌تی‌اسکن شکم و لگن
- د) رادیوگرافی ایستاده شکم

سؤال	۳	۴		
پاسخ	د	ج		

۵ اندیکاسیون جراحی در بیمار با دیورتیکول روده‌ی بزرگ کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب کرمان)

۱) تعداد زیاد دیورتیکول

۲) فیستول روده‌ای

۳) درد شکم مزمن

۴) سن پایین بروز دیورتیکول

۶ آقای ۶۰ ساله‌ای تبار با درد در ناحیه LLQ

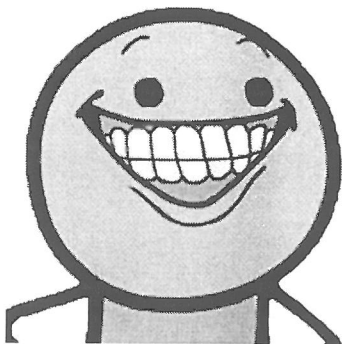
که از دو روز پیش شروع شده مراجعه کرده است. در CT اسکن انجام شده، آبسه ۵ cm با جدار مشخص همراه با ضخیم شدن جدار سیگموئید مشاهده می‌شود. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

۱) تجویز آنتی‌بیوتیک و تکرار CT اسکن سه روز بعد

۲) لاپاراسکوپیک سیگموئیدکتومی

۳) لاپاراتومی و درناژ آبسه

۴) تجویز آنتی‌بیوتیک و تخلیه از طریق پوست



۷ درمان دیورتیکولیت سه جزء دارد:

۱) درمان طبی (غیر جراحی) قدم اول در درمان تمام دیورتیکول‌های حاد با درد شدید بوده و شامل NPO کردن بیمار، مایع درمانی، آنتی‌بیوتیک وریدی به مدت ۵ تا ۷ روز است. درمان دیورتیکولیت حاد بدون عارضه و موارد راجعه‌ای که هر سه سال یا بیش‌تر یک اپیزود دارند، به همین درمان طبی ختم می‌شود.

۲) جراحی فقط در این هفت مورد اندیکاسیون دارد: ۱- پرفوراسیون، ۲- فیستول، ۳- انسداد، ۴- خون‌ریزی، ۵- عدم عملکرد کولون، ۶- دیورتیکولیت راجعه با اپیزودهای متعدد در یک سال، ۷- بعضی موارد آبسه‌ی ناشی از دیورتیکولیت.

۳) در آبسه‌ی ناشی از دیورتیکولیت با توجه به سایز تصمیم می‌گیریم:

۱) اگر آبسه کوچک بود، درمان طبی و آنتی‌بیوتیک کافی است.

۲) اگر آبسه بزرگ بود، علاوه بر تجویز آنتی‌بیوتیک باید آبسه را از راه پوست تخلیه و پس از بهبود جراحی کنیم. مثل این مریض.

۳) اگر آبسه مقاوم به درناژ بود یا پاره شد، از همان ابتدا جراحی می‌کنیم.

۴) پیگیری: در تمام بیماران دیورتیکولیت درمان شده، باید در ویزیت پیگیری یک کولونوسکوپی جهت رد کنسر و کولیت انجام دهیم.

۵) خون‌ریزی دیورتیکول، شایع‌ترین علت خون‌ریزی وسیع دستگاه گوارش تحتانی است و با خون‌ریزی روشن یا قرمز تیره و هایپوتشن ظاهر می‌شود. شدت خون‌ریزی در دیورتیکول حتی از کنسر کولون هم بیش‌تر است.

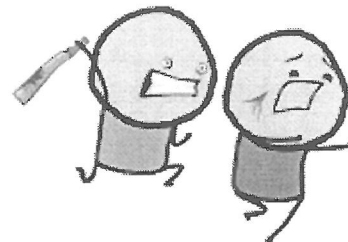
۶) در برخورد با بیمار مبتلا به خون‌ریزی گوارشی تحتانی به این ترتیب عمل می‌کنیم: ۱- احیاء با مایعات، ۲- ارزیابی از نظر خون‌ریزی گوارشی فوقانی (گذاشتن NGT و آسپیراسیون محتویات معده تا زمان مشاهده‌ی صفرا)، ۳- معاینه‌ی رکتال و پروکتوسکوپی و بررسی از نظر زخم، فیشر و هموروئید، اگر با اقدامات حمایتی تا اینجا خون‌ریزی متوقف نشد و ادامه داشت، میریم سراغ اقدامات تهاجمی‌تر، مثل: ۴- کولونوسکوپی، ۵- آنژیوگرافی: اگر با کولونوسکوپی محل خون‌ریزی پیدا نشد و خون‌ریزی حجیم و مدام بود (بیش از نیم میلی‌لیتر در دقیقه). بعضی از متخصصان به جای کولونوسکوپی، اول سراغ اسکن هسته‌ای میرن. برای درمان قطعی خون‌ریزی‌های مقاوم باید از تزریق وازوپرسین یا آمبولیزاسیون توسط کاتتر آنژیوگرافی در طی ۸ تا ۱۲ ساعت و پس از آن رزکسیون محل خون‌ریزی استفاده کنیم.

## بیماری‌های التهابی روده

۷ کولیت اولسرو: نوعی بیماری روده‌ای است که مخاط، زیرمخاط کولون و رکتوم را درگیر می‌کند. دو سوم موارد کولیت اولسروز در دهه‌ی دوم و سوم و بقیه در دهه‌ی پنجم قرار دارند. در ۲۰ درصد بیماران سابقه‌ی خانوادگی مثبت است. درگیری در کولیت اولسرو دو حالت دارد: ۱- پان‌کولیت و درگیری تمام کولون (در ۱/۳ موارد)، ۲- فقط درگیری رکتوم (Ulcerative proctitis).

سؤال	۵	۶	
پاسخ	ب	د	

تظاهرات بالینی کولیت اولسرو: بیمار اغلب از اسهال آبکی خونی، چرکی و موکوسی به همراه کرامپ و درد شکمی، تنموس و احساس زوریچ شکایت دارد. گاهی علاوه بر این موارد، کاهش وزن، دهیدراتاسیون و تب هم دارد. گاهی بیمار به دنبال اتساع شدید کولون به علت تخریب شبکه‌ی میاتریک دچار توکسیک مگاکولون یا کولیت فولمینانت شده که با شواهدی مثل اختلالات اسید و باز و الکترولیتی، سپسیس، آنمی و سوءتغذیه مشخص می‌شود.



**تشخیص** روش تشخیصی اصلی در قدم اول اندوسکوپی و بیوپسی و قدم بعدی باریوم انما است.

**یادداشت** یافته‌های اختصاصی کولیت اولسرو عبارتند از: ضایعات پیوسته در مخاط و زیر مخاط، میکروآبسه در زیرمخاط، درگیری کریپت‌های لیبرکوهن (آبسه‌ی کریپتی)، وجود پولیپ کاذب، نمای لوله‌ی سربی در باریوم انما + PANCA مثبت.

در کولیت اولسروی نوع پان کولیت پس از ۱۰ سال اول ابتلا، ریسک بدخیمی سالی ۱ تا ۲ درصد افزایش می‌یابد.

تظاهرات خارج روده‌ای کولیت اولسرو عبارتند از: کلانژیت اسکروزان اولیه، پری کلانژیت، آرتريت محیطی، اسپوندیلیت انکیلوزان، پریکاردیت، یووئیت و پیودرما گانگرانوزوم.

**کرون:** نوعی بیماری التهابی ترانس مורال است که از دهان تا رکتوم را به صورت ضایعات ناپیوسته و تکه‌ای (Skip lesion) درگیر می‌کند. اگر یادت نیامد برگرد تو فصل «روده‌ی باریک بخونش».

**درمان کولیت اولسرو:** شامل داروهای ضداسهال (لوپرامید) و افزایش دهنده‌ی حجم (پسیلیوم) در موارد خفیف، سولفاسالازین در موارد متوسط و دادن کورتون در موارد شدید بیماری است مثل این بیمار. درمان‌های دیگر از جمله Anti TNF مانند Infliximab را در فیستول ناشی از کرون استفاده می‌کنیم.

**درمان توکسیک مگاکولون** عبارت است از: مایع درمانی، آنتی‌بیوتیک وریدی، دکمپرسیون معده، تغذیه‌ی وریدی، حذف سایر داروها مخصوصاً آنتی‌کولینرژیک‌ها و نهایتاً جراحی. اگر جراحی نکنیم، حتماً بیماری عود می‌کند.

روش جراحی استاندارد در کولیت اولسرو، پروکتوکلکتومی به همراه آناستوموز ایلئوآنال (ileoanal pouch) است. در کل کولیت اولسرو سه اندیکاسیون جراحی دارد:

۱- نداشتن پاسخ مناسب به درمان دارویی، ۲- بروز عوارض مثل خون‌ریزی، پارگی، انسداد، دیسپلازی یا کانسر، ۳- مگاکولون توکسیک یا کولیت فولمینانت که باید بعد از احیاء اولیه اورژانسی جراحی شود.

۷ کدامیک از یافته‌های زیر به ضرر کولیت

اولسرو است؟ (تألیفی)

الف پولیپ کاذب

ب درگیری لوله‌ی عضلانی

ج زخم‌های ناپیوسته و kip lesion

د PANCA مثبت

۸ خانم ۴۵ ساله‌ای مورد شناخته شده‌ی کولیت

اولسروز، از دو روز قبل دچار تب، لرز و اسهال

خونی شده است. حال عمومی بد همراه با

افت فشار خون دارد. کدام اقدام ارجح است؟

(پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب اصفهان)

الف کولونوسکوپی

ب داروی ضد اسهال

ج باریوم انما

د هیدروکورتیزون تزریقی

سؤال	۷	۸		
پاسخ	ج	د		





▼ انسداد روده‌ی بزرگ بیش‌تر در ناحیه‌ی سیگموئید رخ می‌دهد و شایع‌ترین علت آن آدنوکارسینوم روده‌ی بزرگ است. تظاهرات بالینی این بیماری عبارتند از: درد کرامپی شکم، اتساع شکم، یبوست، تهوع و استفراغ و سمع صدای فلزی و Gurgur. گاهی یک توده‌ی تندر و لوکالیزه لمس می‌شود که نشانه‌ی استرانگولاسیون لوپ بسته و یا دیورتیکولیت است.

☞ اگر بیمار به مدت ۸ تا ۱۲ ساعت دفع گاز و مدفوع نداشت، انسداد کامل و در غیر این صورت پارشیل است. درمان انسداد کامل جراحی اورژانس و درمان انسداد پارشیل مایع‌درمانی و تعبیه‌ی NGT است.

✍ ارزیابی انسداد: بعد از شرح حال و معاینه میریم سراغ تصویربرداری:

- ۱- گرافی ساده‌ی قفسه‌ی سینه و ایستاده و خوابیده شکم: هوای زیر دیافراگم به نفع پرفوراسیون، پنوماتوز جدار کولون به نفع ایسکمی، نمای coffee bean و bent inner tube به نفع ولولوس سیگموئید است.
- ۲- انما با کنتراست محلول در آب مثل گاستروگرافین برای تأیید تشخیص و تعیین محل دقیق انسداد. در کل هر وقت به انسداد یا پرفوراسیون شک داشتی، به هیچ وجه نباید از کنتراست باریم استفاده کنی.
- ۳- CT اسکن با کنتراست وریدی و خوراکی البته از نوع محلول در آب: روش انتخابی و ارجح در ارزیابی انسداد است.

☞ درمان انسداد در قدم اول مایع‌درمانی و تعبیه‌ی NGT است، در صورت وجود انسداد حاد روده‌ی بزرگ با قطر سکوم بزرگ‌تر از ۱۲ سانتی‌متر، تندر نس شدید، نشانه‌های پریتونیت، سپسیس منتشر، کانسره‌های انسداد دهنده، پرفوراسیون ناشی از ولولوس و تنگی دیورتیکولار، لاپاراتومی اورژانس اندیکاسیون دارد.

✍ سندرم Ogilvie یا انسداد کاذب و حاد کولون (APCO): نوعی فلج موضعی کولون در غیاب انسداد مکانیکی است.

☞ تابلوی بالینی انسداد کاذب: بیماری پیر یا دارای بیماری زمینه‌ای مثل عفونت، بعد از جراحی یا تروما و یا بستری در بیمارستان است که دچار شواهدی مثل درد شکمی، تهوع و استفراغ، اتساع شکمی و اتساع کولون عرضی و صعودی در گرافی شده است. برای افتراق انسداد کاذب از واقعی، باید سی‌تی شکمی یا انما با کنتراست محلول در آب بگیریم.

☞ درمان انسداد کاذب: اگر بیمار شواهد ایسکمی یا پرفوراسیون از جمله تب، لکوسیتوز یا دیامتر سکوم بالای ۱۲ سانتی‌متر داشت، جراحی می‌کنیم، در غیر این صورت باید به ترتیب از اقدامات زیر استفاده کنیم:

- ۱- اقدامات حمایتی مثل مایع‌درمانی، گذاشتن NGT و تیوب رکتال برای دکمپرشن، قطع نارتوتیک و داروهای آنتی‌کولینرژیک، درمان عفونت احتمالی، استراحت روده‌ای با قطع تغذیه‌ی خوراکی، ممنوعیت لاگزاتیو و اسموتیک برای تحریک اسهال.

۹ بیمار آقای ۵۲ ساله‌ای است که از ۵ روز پیش به دنبال کوله‌سیستکتومی بستری است. بیمار از ۲۶ ساعت قبل دفع گاز و مدفوع نداشته و از درد شکم بخصوص در LLQ و تهوع و استفراغ شکایت دارد. در معاینه‌ی شکم متسع و تندر در LLQ است. کدامیک از اقدامات زیر صحیح نیست؟ (تألیفی)

☞ گرافی با کنتراست خوراکی

☞ گرافی ساده‌ی شکم

☞ جراحی

☞ گرافی با انمای کنتراست محلول

۱۰ بیمار آقای ۷۰ ساله‌ای با سابقه‌ی COPD که به علت تشدید بیماری مدتی است در بخش ICU ریه بستری است با شکایت دیستانسین شکم و عدم دفع گاز و مدفوع مشاوره‌ی جراحی به عمل آمده است. در گرافی اتساع شدید کولون با ارجحیت در کولون عرضی و راست مشهود است. در باریم انما شواهد انسداد مکانیکی وجود ندارد. تمامی درمان‌های زیر در درمان بیمار اولویت دارد، بجز: (تألیفی از پره‌انترنی شهرپور ۹۸-قطب تبریز)

☞ استراحت روده و هیدراتاسیون وریدی


☞ تجویز نئوستگمین



☞ قطع داروهای مسکن و مخدر و آنتی‌کولینرژیک‌ها


☞ دکمپرسیون با کولونوسکوپی


سؤال	۹	۱۰	
پاسخ	الف	د	


۲- نئوستیگمین وریدی در کنار مانیتورینگ قلبی- ریوی: فقط اگر به اقدامات حمایتی جواب نداد.

۳- دکمپشن با اندوسکوپ و کولونوسکوپی، اگر به نئوستگمین جواب نداد یا نئوستگمین ممنوع بود، مثل بارداری، آریتمی، ایسکمی و پرفوراسیون کولون.  **ولولوس روده‌ی بزرگ** به دنبال چرخش یک سگمان روده‌ای حول محور مزانتر روده ایجاد می‌شود که شایع‌ترین محل آن در کولون، سیگموئید است. تظاهرات این بیماری شامل اتساع شدید شکم، استفراغ، درد شکمی و یبوست به همراه تندرینس و رکتوم خالی در معاینه است. ولولوس روده‌ی بزرگ را بیشتر در بیماران پیر بالای ۶۵ سال و ساکنین خانه‌ی سالمندان می‌بینیم.

 **برای ارزیابی ولولوس کولون ابتدا گرافی شکم و بعد برای تأیید CT اسکن** با کنتراست محلول در آب می‌گیریم که با دیدن این چهار نما تأیید می‌شود  ۱- نمای منقار پرند (Bird's beak)، ۲- نمای تک خال بیک (Ace of spades)، ۳- نمای کلیه لوبیایی شکل (Kidney OR Coffee bean) یا سکوم و سیگموئید متسع و بدون هوسترا، ۴- تنگی قیفی شکل (Bent inner tube). مورد سه و چهار به نفع ولولوس سیگموئید است.

 **درمان ولولوس سیگموئید** در قدم اول دتورشن و رفع چرخش اندوسکوپیکی یعنی سیگموئیدوسکوپی، تعبیه‌ی تیوبی مثل رکتال تیوب برای جلوگیری از برگشت ولولوس تا ۳ روز و سپس جراحی الکتیو پس از دکمپشن است (بجز افراد مسن و پرخطر). برخلاف سیگموئید در ولولوس سکوم به هیچ وجه دتورشن اندوسکوپیکی نمی‌کنیم و باید با جراحی سکوم رو بکنیم بن‌دازیم دور. در شک به استرانگولاسیون یا پارگی، باید اورژانسی مریض رو ببریم اتاق عمل.

 **پولیپ کولورکتال:** معمولاً بی‌علامت است، اما گاهی شدیداً خون‌ریزی می‌کند. پولیپ انواع مختلفی دارد. پولیپ‌های آدنوماتو و از بین انواع آدنوماتو هم، نوع ویلوس آدنوما بیش‌ترین احتمال بدخیمی را دارند و باید در صورت شناسایی حتماً جراحی شوند. خطر بدخیمی در هامارتوم‌ها (پولیپ جوانان و پولیپ همراه سندرم پوتز جگرز) بسیار کم است و فقط در صورت همراهی با خونریزی و انسداد نیاز به جراحی دارند. پولیپ هایپرپلاستیک و التهابی یا کاذب (به دنبال کولیت اولسرو) هیچ وقت بدخیم نمی‌شوند در نتیجه فقط باید تحت نظر گرفته شوند.

 **درمان پولیپ‌های آدنوماتوز پولیکتومی** کولونوسکوپیکی است. اگر پولیپ رو نتوانیم با اندوسکوپ خارج کنیم (موارد تخت و یا بزرگ)، باید پپوسی بگیریم و اگر آدنوم تأیید شد، جراحی رزکشن سیگموئید انجام بدیم. در پولیپ‌های متعدد مثل FAP، در صورت نیاز باید کلکتومی توتال انجام بدیم.

۱۱ در نمای رادیولوژیک یک بیمار مشکوک به ولولوس سیگموئید تمام نماهای زیر ممکن است رؤیت شود بجز: (پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)


 BENT INNER TUBE


 COFFE BEAN


 BIRDS BEAK


 THUMB,PRINT

۱۲ آقای ۶۸ ساله با نارسایی مزمن کلیه به علت دیستانسین شدید شکم بدون تندرینس از چند ساعت قبل، به اورژانس مراجعه کرده است. همچنین از تنگی نفس گهگاهی، شاکاکی است، در گرافی ساده شکم نمای kidney bean مشهود است. اقدام مناسب کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

 لاپاراسکوپی تشخیصی

 لاپاراتومی اورژانس


 سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف


 کولوستومی دکامپرسیو

۱۲ یک مرد ۶۵ ساله‌ای تحت کلونوسکوپی غربالگری قرار گرفته است. که یک پولیپ در سیگموئید گزارش شده است. کدام نوع پولیپ ریسک بالاتری جهت تبدیل به بدخیمی را داراست؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۸- قطب کرمانشاه)

 توبولار آدنوما

 توبولو- ویلوس آدنوما

 ویلوس آدنوما

 نوع پولیپ تأثیری بر ریسک بدخیمی ندارد و سائز

آن مهم است

سؤال	۱۱	۱۲	۱۳
پاسخ	د	ج	ج



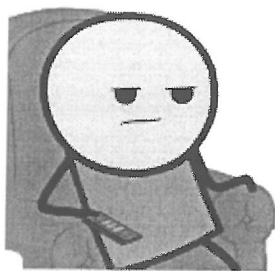
۱۲ کدامیک از گزینه‌های زیر صحیح نیست؟ (تألیفی)

ا رکتوم شایع‌ترین قسمت درگیر در کانسر کولون است.

ب بیماران مصرف‌کننده‌ی آسپرین ریسک بالایی در ابتلا به کانسر کولون دارند.

ج رژیم غذایی پرفیبر و کم چرب در پیشگیری از کانسر کولون مؤثر است.

د سندرم گاردنر، آدنوماتوز فامیلیال و کرون ریسک فاکتور کانسر کولون هستند.



۱۵ بیمار خانم ۳۷ ساله که با شکایت هماتوشری و سابقه‌ی بیماری کرون از ۱۱ سال قبل که در بررسی کولونوسکوپی درگیری تمام کولون و رکتوم مشهود است. با توجه به مشکلات ذکر شده، Screening بیمار از نظر بدخیمی‌های گوارشی به چه صورتی باید پیگیری گردد؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

ا سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف هر دو سال یک بار

ب کولونوسکوپی سالیانه

ج رکتوسگموئیدوسکوپی سخت

د تست گایاک هر شش ماه

مع ۱۳ کانسر کولون: شایع‌ترین محل درگیری در کانسر کولون، سمت چپ و نزدیک رکتوم است که با خون‌ریزی در مدفوع، اسهال یا یبوست متناوب، تنبوس، انسداد و آئمی فقر آهن از ظاهر می‌شود. وجود سابقه‌ی خانوادگی مثبت (مخصوصاً از نظر سندرم FAP، HNPCC و سندرم گاردنر) و بیماری‌هایی نظیر پولیپ‌های کولون، کولیت اولسرو، کرون و لنفوگرانولوم ونروم با افزایش ریسک ابتلا به کانسر کولون همراهی دارند. بعضی اقدامات از جمله این سه مورد، به پیشگیری از کانسر کولون کمک می‌کنند: ۱- رژیم غذایی کم چرب و پرفیبر، ۲- آنتی‌اکسیدان‌ها، ۳- مهارکننده‌های پروستاگلاندین (آسپیرین و سولینداک).

### غربالگری کانسر کولون

در برنامه‌ی غربالگری کانسر کولون، افراد بر اساس ریسک ابتلا در دو گروه قرار می‌گیرند:

۱ ریسک بالا که یکی از این شرایط را دارند: ۱- سابقه‌ی کانسر کولون در خانواده‌ی درجه یک، ۲- ابتلای خود فرد به پولیپ آدنوماتوز، ۳- ابتلای فرد به IBD برای بیش از ۱۰ سال، ۴- ابتلای فرد یا خانواده به سندرم‌های بدخیمی گوارشی مثل FAP یا HNPCC. در این گروه با کولونوسکوپی و به شکل زیر غربالگری می‌کنیم:

مع ۱۴ ابتلای فرد به IBD: شروع غربالگری از سال ۱۰م ابتلا با کولونوسکوپی و بیوپسی سالانه.

۱۵ سابقه‌ی کانسر کولون در خانواده‌ی درجه یک: شروع غربالگری از سن ۵۰ سالگی یا ۱۰ سال پایین‌تر از سن ابتلای اون عضو خانواده؛ هر کدام که کم‌تر بود.

۱۶ ابتلای فرد به پولیپ آدنوماتوز: کولونوسکوپی با دوره‌های کم‌تر از ۱۰ سال.

۱۷ ریسک متوسط (average) که فرد هیچ‌کدام از شرایط بالا را ندارد: باید غربالگری را از سن ۵۰ سالگی با یکی از ابزارهای زیر شروع کنیم و اگر مثبت شد با کولونوسکوپی بررسی کنیم.

۱۸ تست‌هایی که هم پولیپ و هم کانسر را تشخیص می‌دهند ۱۹ کولونوسکوپی هر ۱۰ سال، سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف هر ۵ سال، باریم انما دابل کنتراست هر ۵ سال و سی‌تی کولونوگرافی هر ۵ سال.

۲۰ تست‌هایی که عمدتاً کانسر را تشخیص می‌دهند ۲۱ تست خون مخفی مدفوع سالیانه، تست ایمونولوژیک مدفوع سالیانه و تست DNA مدفوع (فاصله‌ی نامشخص).

سؤال	۱۴	۱۵	
پاسخ	ب	ب	



**پاسخ** ﷻ در هر فرد زیر ۳۰ سال در صورت بروز خونریزی رکتال، تغییر در اجابت مزاج و آنمی فقر آهن، باید با معاینه‌ی کامل و کولونوسکوپی، لوله‌ی گوارش را با شک به بدخیمی بررسی کنیم. پس در خونریزی رکتال، حتی هموروئید ساده، کولونوسکوپی و ارزیابی از نظر بدخیمی اندیکاسیون دارد؛ مگر آنکه بیمار جوان بوده و پاسخ سریعی به درمان دهد.

**پاسخ** ﷻ **درمان کانسر کولون جراحی** (برداشتن سگمان درگیر و مزانتزش) و کموتراپی است. قبل از جراحی باید stage کانسر، متاستاز و تهاجم آن را با CT اسکن شکم، لگن و قفسه‌ی سینه و تومور مارکر CEA بررسی کنیم. در کانسر رکتوم علاوه بر این موارد، باید با MRI یا سونوگرافی، عمق تهاجم و درگیری لنف نود هم چک کنیم.

**پاسخ** ﷻ در کانسر رکتوم با درگیری لنف نود یا تهاجم به دیواره (T3 یا T4) باید کمورادیوتراپی نئوادجوان با هدف کوچک کردن تومور و سپس جراحی کنیم. **پیگیری کانسر:** بعد از جراحی باید بیماران را به صورت زیر پیگیری کنیم:

**پاسخ** ﷻ چک CEA هر سه ماه در دو سال اول و سپس هر ۶ ماه در سه سال بعدی. اگر CEA بالا بود با شک به عود باید CT اسکن شکم، لگن و قفسه سینه بگیریم.

کولونوسکوپی در سال اول و چهارم بعد از عمل و سپس هر پنج سال.

CT اسکن سالانه‌ی قفسه سینه، شکم و لگن در بیماران Stage ۳ که ریسک عود بالایی دارند.

**پاسخ** ﷻ شایع‌ترین محل متاستاز کانسر کولون کبد است. مهم‌ترین عامل در تعیین پروگنوز کانسر درگیری لنف نود است. حساس‌ترین تست بررسی عود در کانسر کولورکتال، PETscan است.

❖ **پرولاپس رکتوم:** بیرون زدگی تمام ضخامت بخشی از رکتوم (حدود ۴ تا ۲۰ سانتی‌متر) از سوراخ آنال است. الگوی چین‌های مخاطی بیرون‌زده از مخاط این بیماران به صورت چین متحدالمرکز است. پرولاپس رکتوم معمولاً در خانم‌های قد بلند دیده می‌شود و با درد، خونریزی خفیف، بی‌اختیاری و ترشح مخاطی همراه است. درمان پرولاپس رکتوم جراحی است.

افتراق پرولاپس رکتوم از پرولاپس مخاطی ضروری است. در پرولاپس مخاطی فقط ۲ تا ۳ سانتی‌متر از مخاط رکتوم از سوراخ آنال بیرون زده است و چین‌ها، الگوی شعاعی دارند.

**پاسخ** ﷻ هموروئید ممکن است با بیرون زدگی و خونریزی همراه شود. هموروئیدها براساس محل آناتومیک به سه نوع تقسیم می‌شوند: ۱- انواع داخلی با درگیری بالای خط دندانهای و خونریزی بدون درد، ۲- خارجی با درگیری پایین خط دندانهای و خونریزی دردناک همراه با ترومبوز، ۳- نوع میکس که ترکیب این دو است.

۱۶ آقای ۵۲ ساله / خونریزی روشن حین اجابت مزاج از دو ماه قبل / دارای بیوست / بدون سابقه بیماری خاص یا کاهش وزن / معاینه شکم و معاینه انگشتی مقعد طبیعی. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) کولونوسکوپی کامل

ب) رکتوسیگموئیدوسکوپی

ج) باریوم انما دوپل کنتراست

د) سی‌تی‌اسکن شکم با ماده حاجب

۱۷ آقای ۵۰ ساله با شکایت خونریزی از مقعد / ضایعه‌ای در فاصله‌ی ۳ سانتی‌متری از آنال ورج با پاتولوژی آدنوکارسینوم / در MRI: فقدان شواهدی از متاستاز دوردست، دارای ضایعه‌ی T3N1. اقدام درمانی ارجح کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب تهران)

الف) جراحی و سپس کموتراپی

ب) کموتراپی نئوادجوان و سپس جراحی

ج) کمورادیوتراپی نئوادجوان و سپس جراحی

د) درمان آندوسکوپیک با لیزر ablation therapy

۱۸ کدامیک از تومور مارکرهای زیر در پیگیری از سرطان کولورکتال ارزشمند است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵ - قطب اهواز)

الف) CA125

ب) FPa

ج) CA19-9

د) CEA

۱۹ خانم ۵۰ ساله‌ای، با خروج توده از ناحیه‌ی مقعد مراجعه کرده است که همراه با دفع خون است. توده‌ی مزبور با دستکاری بوسیله‌ی خود بیمار جاندازی می‌شود. از نظر درجه‌بندی (Grading) هموروئید، در کدام درجه قرار می‌گیرد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷ - قطب مشهد)

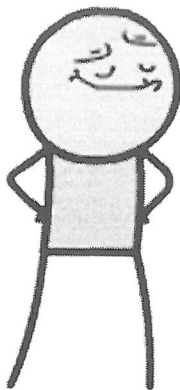
الف) درجه ۱

ب) درجه ۲

ج) درجه ۳

د) درجه ۴

سؤال	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹
پاسخ	الف	ج	د	ج



هموروئید چهار ریسک فاکتور مهم دارد: ۱- بارداری، ۲- افزایش فشار داخل شکمی (آسیت یا تومور)، ۳- اسهال، ۴- هایپرنتشن پورت.

هموروئید داخلی معمولاً با خونریزی روشن اطراف مدفوع ولی بدون سوزش و خارش همراهی دارد که چهار نوع است:

① درجه I بدون پرولاپس است و با آنوسکوپی تشخیص داده می‌شود.  
② درجه II پرولاپس با اجابت مزاج ایجاد شده و بلافاصله بدون نیاز به فشار دست، برمی‌گردد.

③ درجه III پرولاپس با اجابت مزاج ایجاد شده و با دست جا می‌رود.

④ درجه IV پرولاپس وسیعی که قابل جاناندازی با دست نیست.

**درمان هموروئید:** موارد بدون علامت نیاز به درمان ندارند و با اقدامات حمایتی کنترل می‌شوند، مثل: تجویز عوامل حجم دهنده مانند پسیلیوم و درمان بیوست. در هموروئید درجه I درمان موضعی است که در صورت خونریزی از تزریق مواد اسکروزان و انعقاد به وسیله‌ی مادون قرمز استفاده می‌کنیم. هموروئیدهای درجه II و III با بستن باند کنترل می‌شوند. همچنین در هموروئید خارجی اکسیزیون تحت بی‌حسی موضعی توصیه می‌شود.

اندیکاسیون‌های جراحی در هموروئید ①- هموروئید درجه IV، ②- هموروئید درجه III میکس با بخش خارجی بزرگ، ③- بروز گانگرن و زخم.

هموروئید ترومبوزه معمولاً خودبخود و طی ۷ تا ۱۰ روز بهبود می‌یابد و کرم، شیاف و درمان موضعی در آن سودمند نیست. در صورت مراجعه‌ی بیمار طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول، می‌توانیم هموروئید را تحت بی‌حسی موضعی اکسیزیون کنیم. اگر بیمار بعد از این مدت اومد، درمان نگهدارنده و شامل نشستن در وان، مسکن‌های غیر ناركوتیکی و در صورت بروز زخم یا خونریزی اکسیزیون جراحی است.

**آبسه‌ی پری‌آنال با درد آنورکتال، تورم، سلولیت و قرمزی اطراف مقعد و اختلال عملکرد مقعد و گاهی تب ظاهر می‌شود.** درمان آبسه‌ی پری‌آنال، درناژ آبسه است و ضایعات بزرگ باید تحت بیهوشی، معاینه و جراحی شود. آنتی‌بیوتیک به تنهایی هیچ نقشی در درمان اولیه‌ی آبسه ندارند و فقط در بیماران اختلال ایمنی (دیابت، تحت شیمی‌درمانی، نقص ایمنی، لوکمی و ایدز) و موارد همراه با سلولیت وسیع و عفونت سیستمیک در کنار درناژ آبسه تجویز می‌شود.

**فیستول مقعد:** نوعی ارتباط غیرنرمال میان آنوس و پوست پری‌رکتال است که می‌تواند با ترشح چرک و مدفوع از سوراخی در پوست ظاهر شود. چهار نوع فیستول مقعدی داریم: ①- اینتراسفنگتری: به دنبال آبسه‌های پری‌آنال،

②- آقای ۳۵ ساله به علت توده و خارش مقعد به کلینیک مراجعه کرده است. در معاینه‌ی بیمار یک پاکه هموروئید خارجی بدون درد همراه با التهاب پوست اطراف دارد. سایر معاینات بیمار نرمال است. توصیه‌ی شما به این بیمار چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷- قطب کرمانشاه)

ا) ارجاع جهت کولونوسکوپی

ب) ارجاع به جراح جهت عمل جراحی

ج) رعایت نکات بهداشتی + درمان علامتی

د) سی‌تی‌اسکن شکم

①- بیمار آقای ۵۷ ساله‌ی دیابتیک که به علت درد و تورم ناحیه‌ی پری‌آنال مراجعه کرده است. تب مختصری را ذکر می‌کند. در معاینه تورم به همراه سلولیت در ناحیه‌ی چپ و لترال آنال ورج دارد. اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

ا) آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف

ب) سی‌تی‌اسکن لگن

ج) MRI لگن با کنتراست

د) معاینه‌ی زیر بیهوشی

سؤال	۲۰	۲۱	
پاسخ	ج	د	

۲- ترانس اسفنکتری: به دنبال آبسه‌های ایسکیورکتال، ۳- سوپرااسفنکتری به دنبال آبسه‌های سوپرالواتور، ۴- اکستراسفنکتری (کانال آنال را دور زده و در بخش بالاتری باز می‌شود). درمان فیستول، فیستولوتومی است.

🔍 **فیشر آنال** شایع‌ترین علت درد شدید و لوکالیزه است. فیشر در واقع نوعی پارگی خطی در زیر خط دندانه‌ای است که معمولاً در یبوست یا اسهال شدید ایجاد می‌شود. فیشر با درد شدید و موضعی به دنبال اجابت مزاج رگه‌های خون روشن در مدفوع همراه است که در موارد مزمن راجعه با Skin tag خارجی، پایلای آنال هایپرتروفی شده در سطح خط دندانه‌ای و مشاهده‌ی فیبرهای اسفنکتر داخلی از درون فیشر مشخص می‌شود.

🔍 فیشرها معمولاً در خط وسط (خلفی یا قدامی) دیده می‌شوند. فیشرهای لترال نشانه‌ای از بیماری‌های مانند کرون، لوکمی، بدخیمی و STD است. معاینه‌ی رکتال در فیشر به دلیل همراهی با درد شدید ضرورت ندارد.

🔍 **درمان فیشر آنال** در موارد حاد شامل مسهل‌های حجم دهنده، مسکن غیرنارکوتیک خفیف، نشستن در وان حمام، داروهای موضعی (نیتروگلیسرین و پروکائین آمید)، تزریق بوتاکس و اجتناب از اسهال و یبوست است. از جراحی ترجیحاً اسفنکترتومی داخلی لترال پارشیال، در صورت عدم پاسخ به درمان‌های طبی یا مزمن شدن بیماری مثل این مریض با تگ پوستی، استفاده می‌کنیم. 📌 در هر فرد ۳۰ ساله و بزرگتر در صورت بروز فیشر آنال (درد یا خونریزی) باید با کولونوسکوپی و در سنین زیر ۳۰ سال با سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر، پروگزیمال کولون را بررسی کنیم.

🔍 **برو سر وقت تست تمرینی.**

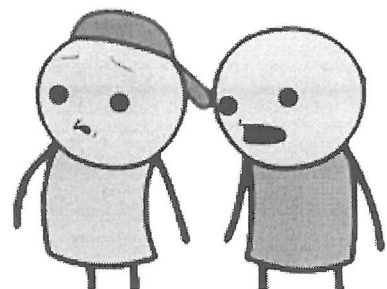
۲۲ خانم ۵۰ ساله‌ای بعلت درد شدید ناحیه آنال حین اجابت مزاج مراجعه کرده است در معاینه فیشر خلفی همراه با هایپرتروفیک پایلاری (Skin tag) مشهود است. مناسب‌ترین اقدام در بین گزینه‌های پیشنهادی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

ا) جراحی و اسفنکترتومی پوسترولاترال کامل

ب) جراحی و اسفنکترتومی پوسترولاترال پارشیال

ج) Sitz bath و تزریق موضعی کورتون

د) شیاف NSAIDS و ژل موضعی کورتون



ما از ترس طرد شدن، مدعی شدیم کسی هستیم که نبودیم.

ترس از طرد شدن تبدیل به ترس از مطلوب نبودن شد.

سرانجام ما به کسی تبدیل شدیم که در حقیقت نیستیم.

تبدیل به رونوشتی شدیم از باورهای مادر، پدر، معشوقه‌مان و جامعه ...!

«پهار میثاق»

«دون میگوئل روئیز»

سؤال	۲۲			
پاسخ	ب			



عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
سیستم صفراوی	۹	۱۰۶

### پاسخ فیزیولوژی صفرا و ترشح آن

صفرا از کبد به دئودنوم ترشح می‌شود که شبیه‌ترین ترکیب به پلاسما را دارد. حجم صفراوی ترشحاتی به دئودنوم به سه عامل وابسته است: ۱- ترشح هماتیک، ۲- انقباض کیسه‌ی صفرا، ۳- مقاومت اسفنکتر اودی (Oddi). به دنبال غذا خوردن، کیسه‌ی صفرا منقبض و اسفنکتر اودی به واسطه‌ی اثر واگ و کوله‌سیستوکنین (سیستم اتونوم) ریلکس می‌شود. ۸۰٪ صفراوی مترشحه به دئودنوم مجدداً در ایلئوم ترمینال جذب می‌شود.

### پاسخ سنگ‌های صفراوی

سنگ کیسه‌ی صفرا به دنبال برهم خوردن تعادل غلظت کلسترول، لسیتین و نمک‌های صفراوی ایجاد می‌شود، برای مثال علت سنگ صفراوی در بیمار چاق افزایش کلسترول و کاهش لسیتین است.

ریسک فاکتورهای تشکیل سنگ صفراوی رو یاد بگیر ☞ ۱- افزایش هورمون‌های زنانه مثل: جنس مؤنث، بارداری متعدد، افزایش استروژن به هردلیلی از جمله چاقی، مصرف ocp، ۲- کاهش وزن سریع، ۳- داروهای کاهنده‌ی کلسترول، ۴- درگیری ایلئوم ترمینال به دنبال کرون و یا رزکسیون آن، ۵- بیماری‌های همولیتیک (مثل آنمی داسی)، ۶- سیروز الکلی، ۷- تغذیه‌ی وریدی طولانی (TPN) که باعث استاز کیسه و افزایش غلظت صفرا می‌شود، ۸- رسوب اسلایج یا لجن صفراوی به دنبال گرسنگی طولانی، کاهش وزن سریع و TPN.

پیشگیری از سنگ صفراوی ☞ با جلوگیری از چاقی، رعایت رژیم غذایی پرفیبر و کم‌چرب و مصرف وعده‌های غذایی با فواصل مرتب می‌شود از تشکیل سنگ صفراوی پیشگیری کرد.

انواع سنگ صفراوی ☞ اکثر سنگ‌های صفراوی مرکب (با غلظت بیشتر کلسترول) و در نتیجه رادیولوگنت و بخش کوچکی از سنگ‌ها پیگمانته (سیاه در سیروز و قهوه‌ای در عفونت) و رادیوپاک هستند.

### تظاهرات و ارزیابی بیماری‌های سیستم صفراوی

کولیک صفراوی مهم‌ترین علامت سنگ‌های صفراوی است که با درد اپیگاستر یا RUQ، مبهم و ثابتی، معمولاً بعد از خوردن غذای چرب و چیلی مشخص می‌شود، که مدت‌ش بین یک تا چهار ساعته، ممکنه به پشت تیر بکشد، با تهوع و اسهال همراه باشه و حتی بیمار رو از خواب ناز بیدار کنه. حالا در کنار کولیک صفراوی باید به این نکات توجه کنیم:

۱ ریلکسیشن اسفنکتر Oddi در پاسخ به

غذا، عمدتاً تحت کنترل کدام هورمون است؟  
(پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب اصفهان)

ا) گاسترین

ب) کله سیستوکنین

ج) موبیلین

د) سکرتین

۲ در ایجاد سنگ کیسه صفرا تمام عوامل خطر زیر نقش

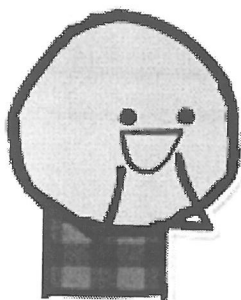
دارند بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۷ - قطب اهواز)

ا) بارداری

ب) چاقی

ج) بیمار مبتلا به سیکل سل (آنمی داسی شکل)

د) مصرف الکل



۲ علائم بالینی کلانژیت ناشی از سنگ، همه‌ی موارد

زیر است، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب آزاد)

ا) تب و لرز

ب) درد ناحیه‌ی RUQ

ج) ایکتر

د) اکیموز و کبودی دور ناف

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ب	د	د



همراهی کولیک با تب ☞ کولهسیستیت حاد و کلانژیت.

همراهی کولیک با زردی، مدفوع روشن و ادرار تیره ☞ انسداد صفراوی خارج کبدی.

همراهی کولیک (درد شبیه پریتونیت در RUQ) با تب، زردی، افت فشارخون و کاهش سطح هوشیاری ☞ پتاد رینولد که تشخیص قطعاً کلانژیت حاد شدید است. اگر از این پتاد علائم ناپایداری همودینامیک یعنی افت فشارخون و سطح هوشیاری رو کم کنیم، تریاد شار کو رو داریم که مخصوص کلانژیت (التهاب و انسداد مجاری صفراوی).

❖ ارزیابی بیمار صفراوی ☞ اولین اقدام تصویربرداری در هر علامت صفراوی و به هردلیلی (سنگ، کانسر، کلانژیت و غیره)، سونوگرافی کیسه‌ی صفراوی و مجاری است. با این حال اگر در سونوگرافی سنگ دیده نشد ولی شک بالینی بالا بود، باید با شک به سنگ درون مجاری صفراوی و پانکراتیت از MRCP استفاده کنیم. MRCP فقط برای تشخیص استفاده می‌شود، برای اقدام درمانی باید از ERCP و PTC (کلانژیوگرافی پركوتانئوس داخل کبدی) استفاده کنیم. سی‌تی اسکن در بررسی سنگ صفراوی جایی ندارد.

کاربرد ERCP و PTC در خارج کردن سنگ و بررسی سیتولوژیک است. علاوه بر این از ERCP به خصوص در ضایعات آمپول واتر و برای اسفنکترتومی و از PTC برای ضایعات پروگزیمال مجاری و درناژ صفراوی در انسداد استفاده می‌کنیم.

❖ تغییرات آزمایشگاهی در بیمار صفراوی ☞ معمولاً در بیماری‌های انسدادی صفرا (سنگ یا هرچی) افزایش آنزیم‌های آلکالن فسفاتاز (ALP) و GGT بیشتر از افزایش AST و ALT است (دقیقاً برعکس الگوی هپاتیت). همچنین INR، هموگلوبین و هماتوکریت بالا و کاهش بیلی‌روبین ادرار در کنار بیلی‌روبین مستقیم (کنزوجه) بالا از ویژگی‌های انسداد مجاری صفراوی است. حالا بریم دونه دونه بیماری‌ها رو بخونیم ☞

### ❖ کوله‌سیستیت حاد

بیمار کوله‌سیستیت حاد با این تابلو میاد ☞ تابلوی بالینی: کولیک صفراوی، تب، تندرns RUQ، نشانگان مورفی مثبت (توقف کامل تنفس به دنبال فشار عمقی RUQ و ایجاد درد)، لمس توده در RUQ و گاهی شواهد پریتونیت + تابلوی آزمایشگاهی لکوسیتوز با شیفت به چپ، افزایش مختصر مارکرهای کبدی و آمیلاز سرمی و هایپر بیلی‌روبینمی. با شک به کوله‌سیستیت حاد باید بلافاصله برای تشخیص سونوگرافی (بهترین ابزار) انجام بدیم:

☞ شواهد سونوگرافیک کوله‌سیستیت حاد ☞ ۱- التهاب کیسه‌ی صفرا: اتساع کیسه‌ی صفرا و افزایش ضخامت آن (بالای ۳ mm) + تجمع مایع در اطراف آن، ۲- علامت مورفی مثبت با فشار پروب سونوگرافی + ۳- وجود سنگ در کیسه‌ی صفرا.

❖ اولین اقدام تشخیصی Imaging در بیمار مبتلا

به کلانژیت حاد کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند

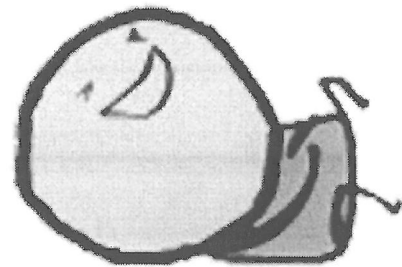
۹۴- قطب آزاد)

اسکن HIDA

CT SCAN

MRI

سونوگرافی



❖ خانم ۳۵ ساله / درد شکمی در ناحیه اپیگاستر و

ربع فوقانی خارجی راست با انتشار به شانه‌ی راست از شب گذشته + یک نوبت استفراغ صفراوی طی این مدت / در معاینه: حساسیت موضعی + مورفی ساین وی مثبت، متحمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی

شهریور ۹۹- کشوری)

گاستریت بدون عارضه

کوله‌سیستیت حاد

انفار کتوس میوکارد

پانکراتیت

سؤال	۴	۵
پاسخ	د	ب





## ارزیابی‌های تکمیلی در کوله‌سیستیت حاد ۱- اسکن HIDA مثبت

که در کوله‌سیستیت حاد یعنی پر نشدن کیسه و ندیدنش بعد از چهار ساعت از شروع التهاب، البته هایدرا تو شرایط TPN و گرسنگی طولانی هم مثبت میشه. منفی شدن هایدرا، به طور قطع کوله‌سیستیت حاد رو رد می‌کنه / ۲- گرافی ایستاده‌ی شکم و قفسه‌ی سینه در صورت شک به پرفوراسیون کیسه.

**درمان کوله‌سیستیت حاد** ۱- اول بیمار رو NPO و بلافاصله مایع‌درمانی رو شروع کن، ۲- آنتی‌بیوتیک وریدی برای پوشش گرم منفی و انتروکوک‌ها شروع کن، ۳- اگر استفراغ داشت، NGT بذار، ۴- بعد از احیای اولیه، برای کوله‌سیستکتومی تصمیم بگیر: ۱- اگر بیمار کلاً شرایط جراحی نداشت، مثل این پدر بزرگ با قلب داغونش کوله‌سیستوستومی پُرکوتانه تحت گاید سونوگرافی انجام بده، ۲- اگر شرایط عمل داشت ولی ناپایدار بود، اول پایدارش کن، و تو همون بستری بیرش اتاق عمل، ۳- اگر شواهد آبنه یا پرفوراسیون داشت، تأخیر ننداز و بلافاصله ببر اتاق عمل. حالا چندتا حالت استثناء کوله‌سیستیت حاد رو یاد بگیر

## کوله‌سیستیت حاد بدون سنگ (Acalculous) در بیماران خیلی بدحال، بستری

در ICU و تحت درمان طولانی با TPN یا ونتیلاتور با همون علائم کوله‌سیست حاد دیده میشه. همه چیزش از جمله ابزار تشخیصی و درمان مشابه کوله‌سیستیت حاد است با این تفاوت که: ۱- در کیسه‌ی صفرا سنگ دیده نشده و گاهی اسلاج صفراوی دیده میشه، ۲- به علت حال بد و نداشتن شرایط جراحی، معمولاً از کوله‌سیستوستومی استفاده می‌کنیم. **کوله‌سیستیت حاد گانگرنی** در افراد مسن و دارای بیماری زمینه‌ای شدید با لکوسیتوز شدید و حال داغون می‌بینیم، که باید به این ترتیب عمل کنیم: ۱- پایدار کردن مریض با مایع‌درمانی و شروع هم‌زمان آنتی‌بیوتیک وریدی + ۲- بعد از پایداری اولیه، کوله‌سیستکتومی یا کوله‌سیستوستومی اورژانس.

**کوله‌سیستیت حاد آمفیرماتو** در افراد مسن و دیابتی به دنبال عفونت با باکتری‌های تولیدکننده‌ی گاز ایجاد میشه. مشخصه‌ی نوع آمفیرماتو (هوا دار) وجود هوا و یا سطح مایع- هوا در جدار کیسه‌ی صفرا یا بافت‌های اطراف در گرافی ساده است. برای درمان به این ترتیب عمل می‌کنیم: ۱- آنتی‌بیوتیک وریدی ضدباکتری بی‌هوازی + ۲- بلافاصله کوله‌سیستکتومی اورژانس.

**سنگ صفراوی بدون علامت** (یافته‌ی اتفاقی)، به علت ریسک بدخیمی پایین در بزرگسالان اندیکاسیون کوله‌سیستکتومی پرفیلاکسی ندارد، مگر وقتی که علامت‌دار شود. اگر بیمار کولیک صفراوی و در بررسی‌های سونوگرافی سنگ صفراوی بدون شواهد کوله‌سیستیت (تغییرات کیسه‌ی صفرا) داشت، بیمار رو باید به صورت الکتیو کوله‌سیستکتومی کنیم.

۶- آقای ۸۰ ساله دیابتی با تشخیص کله‌سیستیت حاد بستری و علی‌رغم درمان آنتی‌بیوتیکی، ۴۸ ساعت بعد تندر نس و ریباند نقطه مورفی نسبت به قبل بیشتر شده است.  $T = 39^\circ$ ،  $WBC = 18000$ ،  $EF = 20\%$  در سونوگرافی کیسه صفرا: سنگ 2.5 cm با ضخامت جدار ۵ میلی‌متر و مایع مختصر اطراف کیسه صفرا. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک

ب) کله سیستکتومی باز

ج) ERCP و اسفنکترتومی

د) کله سیستوستومی

۷- بیمار آقای ۷۰ ساله‌ای به علت سکنه‌ی مغزی در ICU بستری است. به دلیل لکوسیتوز تحت سونوگرافی شکم قرار گرفته است که کیسه صفرا همراه با افزایش ضخامت و همراه با اسلاج گزارش شده است. اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب کرمان)

الف) کله سیستکتومی

ب) کله سیستوستومی

ج) ERCP تجویز آنتی‌بیوتیک

د) تجویز آنتی‌بیوتیک

۸- خانم ۵۵ ساله‌ای دیابتی با سابقه‌ی سنگ کیسه صفرا از دو روز پیش دچار درد شکمی، تب و کاهش فشار خون و افت سطح هوشیاری شده است. در بررسی انجام شده کیسه صفرا ضخیم و حاوی سنگ و گاز است لیکن مجاری داخل و خارج کبدی نرمال است. بیمار به علت مشکلات قلبی کاندید CABG بوده است. کدام اقدام را توصیه می‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب مشهد)

الف) درناژ پُرکوتانه کیسه صفرا

ب) کله سیستکتومی باز

ج) کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک به صورت اورژانس

د) کله سیستکتومی باز به صورت اورژانس

سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	د	ب	الف

### کوله سیستیت مزمن

بیمار با کولیک صفراوی راجعه (شایع‌ترین نشانه)، عدم تحمل غذای چرب، آروغ زدن، سوء هاضمه و گاهی اوقات تندرns RUQ میاد ولی هیچ کدوم از تغییرات حاد کوله سیستیت از جمله تب، لرز، شواهد پریتونیت، لکوسیتوز و افزایش آنزیم‌های کبدی را ندارد. اینجا هم مثل همیشه اول سونوگرافی می‌کنیم و اگر منفی اومد، مجدداً تکرارش می‌کنیم. درمان کوله سیستیت مزمن عبارت است از: ۱- اقدامات حمایتی مثل تجویز مسکن وریدی و تحت نظر گرفتن بیمار + کوله سیستکتومی غیراورژانس و الکتیو (اکثراً لاپاروسکوپی) به همراه کلانژیوگرام حین جراحی؛ اگر در کلانژیوگرام و مجرای مشترک سنگ دیدیم، باید همون وسط عمل برنامه رو به ERCP، اسفنکترتومی تغییر بدیم. فقط یک استثناء دارد: اگر بیمار شرایط جراحی یا رضایت عمل نداشت، مخصوصاً در مورد تک سنگی‌ها، می‌تونیم بی‌خیال جراحی بشیم و برای بیمار به مدت شش ماه تا یک سال داروی خوراکی اورسو دئوکسی کولیک اسید (UDCA) شروع کنیم.

### کوله دوکولیتیاژیس و کلانژیت حاد

بیمار مبتلا به سنگ مجرای صفراوی مشترک (CBD) یا کلدوک با شرح حالی از کولیک صفراوی ایپیزودیک به همراه علائم انسدادی نوسانی مراجعه می‌کنه، یعنی ایکتر، مدفوع روشن و ادرار تیره که هی کم و زیاد میشه. اگر روی کلدوکولیتیاژیس بیمار تب، درد RUQ و کولیک صفراوی حاد (تریاد شارکو) و لکوسیتوز اضافه بشه، کلانژیت حاد داریم و اگر علاوه بر تریاد شارکو، ناپایداری همودینامیک یعنی افت فشارخون و سطح هوشیاری (پنتاد رینلود) اضافه بشه، کلانژیت چرکی داریم. در کلانژیت، علاوه بر لکوسیتوز، هایپر بیلی روبینمی مستقیم، افزایش چشمگیر میزان ALP و GGT نسبت به افزایش مختصر AST و ALT + افزایش آمیلاز و لیپاز داریم.

علت زردی صفراوی، همیشه، انسداد داخلی در مجرای صفراوی نیست، بلکه گاهی به دنبال فشار زیاد به مجاری کبدی به دنبال یک سنگ صفراوی یا همون سندرم Mirizzi ایجاد میشه.

ارزیابی کلانژیت مثل همیشه اول سونوگرافی رو انتخاب می‌کنیم که شواهد سنگ کیسه‌ی صفرا و اتساع مجاری داخل و خارج کبدی رو نشون میده. همچنین برای تعیین محل دقیق انسداد مجاری صفراوی میشه از MRCP، PTC، ERCP و سی تی کلانژیوگرافی استفاده کرد. در کلانژیوگرام، نشانه‌ی منیسکوس در انتهای مجرای صفراوی می‌بینیم.

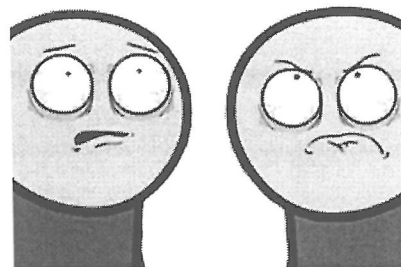
بیمار خانم ۴۰ ساله‌ای با شکایت درد در قسمت فوقانی و راست شکم که از حدود یک ساعت قبل شروع شده است. در طول یک ماه گذشته دردهای مشابه در همان ناحیه به همراه تهوع داشته‌اند که خودبخود بهبود یافته است. در معاینه  $BP=120/70$ ,  $PR=75$ ,  $T=37^{\circ}C$  و شکم نرم بدون دیستانتسون همراه با تندرns خفیف در RUQ است. در آزمایشات انجام شده:  $HB=13$  /  $LFT$ : Normal,  $WBC=8 \times 10^3$  شده است. سونوگرافی انجام شده به این شرح است: کیسه صفرا Contracted حاوی سنگ به قطر 20 mm بدون ادم جداری رؤیت می‌شود.  $CBD=5$  mm است. کدامیک از تشخیص‌های زیر محتمل‌تر است؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۸ - قطب زنجان)

Chronic Cholecystitis ☒

Hypertrophy Of the Gallbladder ☐

Acute Cholecystitis ☐

Choledocholithiasis ☐



اولین اقدام تشخیصی Imaging در بیمار مبتلا به کلانژیت حاد کدام است؟ (پره‌اترنی اسفند ۹۴ - قطب آزاد)

HIDA اسکن ☒

CT SCAN ☐

MRI ☐

سونوگرافی ☐

سؤال	۹	۱۰	
پاسخ	الف	د	



درمان کوله دوکولیتیاژیس ☞ اگر کوله دوکولیتیاژیس بدون شواهد کلانژیت بود، باید اختلالات انعقادی مریض رو با ویتامین K یا FFP اصلاح کنیم و بعد با ERCP الکتیو سنگ رو خارج و اسفنکترتومی کنیم + بعدش برای کوله سیستکتومی الکتیو ببریم اتاق عمل.

☞ **درمان کلانژیت** ① اول اقدامات حمایتی: ۱- بستری و تحت نظر گرفتن بیمار در ICU، ۲- NPO کردن بیمار و تعبیه NGT در صورت استفراغ و یا دیستانسیون شکم، ۳- شروع مایع درمانی و آنتی بیوتیک وریدی وسیع علیه گرم منفی های میله ای، ۴- کشت خون، ۵- سوند ادراری / ② مداخله جراحی؛ اگر بیمار به اقدامات حمایتی جواب داد و پایدار شد و علت انسدادش هم، سنگ کیسه ای صفرا بود ☞ کوله سیستکتومی الکتیو (ترجیحاً لاپاروسکوپی). اگر علت انسداد، سنگ مجرای صفراوی بود ☞ اول ERCP و یا PTC و بعد کوله سیستکتومی الکتیو (ترجیحاً لاپاروسکوپی). ولی اگر بیمار به اقدامات اولیه جواب نداده بود، باید اورژانسی یکی از این سه کار رو بکنیم.

### ☞ پانکراتیت حاد صفراوی

در اثر انسداد موقت یا دائم آمپول واتر توسط سنگی بزرگ یا عبور لجن صفراوی و سنگ های کوچک اتفاق ایجاد می شود. درمان در موارد خفیف تا متوسط شامل مایع درمانی و کوله سیستکتومی لاپاروسکوپی طی ۴۸ تا ۷۲ ساعت و در همین بستری است. در این شرایط اگر بیمار امکان جراحی نداشت (کوموربیدیتی)، هرگز نباید جراحیش کنیم. در بیماران مبتلا به پانکراتیت شدید (تجمع مایع و نکروز) درمان بعد از احیا شامل تجویز آنتی بیوتیک و کوله سیستکتومی تأخیری بعد از بهبود پانکراتیت (چند هفته یا چند ماه بعد) است.

☞ در بیمار با سنگ صفراوی شناخته شده و یا شک بالای کولودوکولیتیاژیس اگر شرایط طی ۲۴ تا ۳۶ بعد از احیا، تغییر نکرد، باید به روش ERCP اسفنکترتومی انجام بدیم.

### ☞ ایلئوس به دنبال سنگ صفراوی

این حالت به دنبال التهاب ناشی از ورود سنگی بزرگ از کیسه ای صفرا به روده ی باریک و ایجاد فیستول بین این دو عضو به خصوص در ایلئوم انتهایی و درست قبل از دریچه ی ایلئوسکال دیده می شود. بر خلاف بقیه ی موارد، اینجا روش ارجح تشخیصی، سی تی اسکن با ماده ی حاجب خوراکی است که محل انسداد، فیستول و وجود هوا در درخت صفراوی را نشان می دهد، سونوگرافی و رادیوگرافی ساده هم میتونه کمک کنه. درمان شامل مایع درمانی، تعبیه ی NGT (دکمپرس کردن سیستم گوارش) و جراحی جهت بررسی شکم است.

① خانم ۳۲ ساله ای به علائم کوله سیستیت و ایکتر مراجعه کرده است. در بررسی به عمل آمده، سنگ های متعدد درون کیسه صفرا و سنگ در دیستال CBD با اتساع ۹ میلی متری دیده می شود. اقدام ارجح کدام است؟ (پره انترنی شهریور ۹۸ - قطب تهران)

☞ اول ERCP و بعد کوله سیستکتومی باز

☞ اول ERCP و بعد کوله سیستکتومی لاپاروسکوپی

☞ جراحی باز کوله سیستکتومی و اکسپلور همزمان CBD

☞ کوله سیستکتومی لاپاروسکوپی و دادن داروهای

حل کننده ی سنگ صفراوی

② بیمار خانم ۴۵ ساله که با درد شکم مراجعه کرده است در بررسی های انجام شده آمیلاز حدود ۱۰۰۰ دارد و با توجه به علائم پانکراتیت مطرح شده است در سونوگرافی انجام شده سنگ های متعدد در کیسه صفرا دارد بعد از چند روز علائم برطرف شده و رژیم مایعات هم تحمل می کند اقدام درمانی مناسب کدام است؟ (پره انترنی اسفند ۹۷ - قطب تبریز)

☞ کوله سیستکتومی و تعبیه T-tube

☞ انجام CT اسکن و بررسی درجه ی پانکراتیت بیمار و سپس تصمیم گیری شود.

☞ کوله سیستکتومی و کلانژیوگرافی حین عمل

☞ ترخیص بیمار ۶ هفته بعد از انجام کوله سیستکتومی

③ خانم ۸۳ ساله ای با تهوع و استفراغ از دو روز قبل به اورژانس مراجعه کرده است. سابقه ی هیستریکتومی در گذشته را ذکر می کند. در معاینات شکمی مختصری متسع است و در لمس تندر نمی باشد. در یافته های آزمایشگاهی wbc نرمال و آلکالوز متابولیک و در گرافی شکم، انسداد روده ی باریک و هوا در درخت صفراوی مشهود است. محتمل ترین تشخیص کدام است؟

☞ انسداد روده ی باریک ثانویه به چسبندگی

☞ زخم پرفوره دئودنوم

☞ کلانژیت حاد

☞ ایلئوس صفراوی

سؤال	۱۱	۱۲	۱۳
پاسخ	الف	ج	د

### ۱۲ سرطان کیسه صفراوی

سرطان کیسه صفرا اکثراً از نوع آدنوکارسینوم و همراه با پیش‌آگهی ضعیف است. ریسک فاکتورهای سرطان کیسه صفرا عبارت است از: ۱- سنگ صفراوی (شایع‌ترین ریسک فاکتور)، ۲- پولیپ صفراوی ۱.۵ cm یا بزرگ‌تر، ۳- آنومالی محل اتصال مجرای پانکراتیکوبیلیاری به کیسه، ۴- کیسه صفراوی چینی یا کلسیفیه (Porcelain)، ۵- کلانژیت اسکروزان اولیه، ۶- عفونت کیسه صفرا با سالمونلا تیفی یا E.coli، ۷- تماس با بعضی سموم. کنسر کیسه‌ی صفرا با علائمی مثل درد مبهم و توده در RUQ، کاهش وزن، خستگی و زردی پیش‌رونده (برخلاف کلانژیت) مشخص شده و درمانش جراحی است؛ اگر درگیری محدود به جدار کیسه بود، کوله‌سیستکتومی ولی اگر تومور بزرگ و یا متهاجم به کبد بود باید از رزکسون گوه‌ای کبد و لنفادنکتومی ناحیه‌ای استفاده کنیم. سنگ کیسه صفرا با وجود افزایش ریسک کنسر، اندیکاسیونی برای کوله‌سیستکتومی پروفیلاکتیک نیست. درست بر خلاف کیسه صفراوی چینی که باید کوله‌سیستکتومی پروفیلاکتیک بکنیم.

۱۲ مهم‌ترین عامل خطر کنسر کیسه صفرا

کدامیک از موارد زیر است؟ (پره‌انترنی اسفند

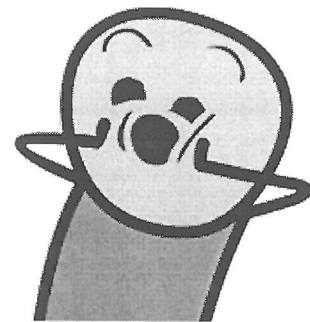
۹۷- قطب زنجان)

۱۳ سنگ‌های کیسه صفرا

۱۴ کیسه‌ی صفراوی چینی (Porcelain)

۱۵ کیست‌های کلدوک

۱۶ پولیپ‌های کیسه صفرا



### ۱۵ بدخیمی‌های مجرای صفراوی خارج کبدی

شایع‌ترین محل کنسر مجاری صفراوی خارج کبدی در بالای محل اتصال مجرای سیستمیک به هپاتیک مشترک است. این ضایعات معمولاً به صورت آدنوکارسینومای مترشح‌ه‌ی موسین در زمینه‌ی کلانژیت اسکروزان اولیه (شایع‌ترین)، کولیت اولسرو، کیست کولدوک، کرم انگلی کبد و سنگ‌های صفراوی دیده می‌شوند. تظاهرات بالینی بیماری شامل زردی پیش‌رونده، هپاتومگالی و علامت Corvoisier (کیسه صفراوی قابل لمس و بدون درد همراه با زردی) است. اولین قدم تشخیصی مثل همیشه سونوگرافی است. درمان این بدخیمی جراحی است که بهترین پروگنوز را در تومورهای یک سوم پروگزیمال سیستم مجرای (تومور کلاتسکین) دارد.

۱۵ بیماری به علت ایکنتر و خارش بررسی شده است.

با توجه به بی‌رویین مستقیم و آلكالان فسفاتاز شدیداً

افزایش یافته. برای بیمار کلانژیوکارسینوم مجاری

صفراوی خارج کبدی مطرح است. اقدام مناسب بعدی

کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷- قطب شمال)

۱۷ ERCP

۱۸ MRCP

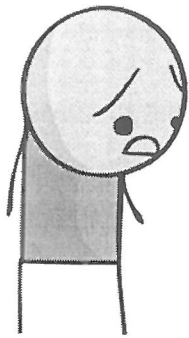
۱۹ PTC

۲۰ Sonography

### کیست‌های مادرزادی کوله‌دوک

این کیست‌ها یا بی‌علامتند یا با زردی، درد و توده‌ی شکمی مشخص می‌شود. برای ارزیابی ابتدایی از سی‌تی اسکن شکم و سپس برای تشخیص دقیق آناتومی از MRCP یا ERCP استفاده می‌کنیم. این کیست‌ها رو به علت افزایش ریسک کنسر مجاری صفراوی، باید با جراحی برداریم.

سؤال	۱۴	۱۵		
پاسخ	الف	د		



## تنگی‌ها و زخم مجاری صفراوی

این عارضه بیشتر به صورت ایاتروژنیک؛ به خصوص در روش لاپاراسکوپی بیشتر از کوله سیستکتومی باز و در عمل‌های اورژانسی بیشتر از الکتیو ایجاد می‌شود. آسیب مجاری صفراوی حین عمل با درد شکمی شدید، زردی و تخلیه‌ی صفرا از طریق درن جراحی مشخص می‌شود. جهت تشخیص یا رد کردن تجمع صفرا در درون شکم (بیلوما) از سی‌تی‌اسکن یا سونوگرافی و در صورت شک به آسیب مجاری در حین عمل از کلانژیوگرافی و برای تعیین محل دقیق آسیب از ERCP یا MRCP استفاده می‌کنیم.

برو سر وقت تمرینی.

آن‌ها (بی‌شعورها) هر چیزی را تکذیب می‌کنند  
و همین یکی از راه‌های به دام انداختن‌شان است.  
هر چیزی را که می‌خواهید تأیید کنند،  
برعکسش را به آن‌ها بگویید،  
در نتیجه با انکار آن،  
فواسته و نظر شما را تأمین می‌کنند.

فاویر کرمنت

سؤال				
پاسخ				

عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
پانکراس	۷	۶۱

پانکراس سه نوع آنزیم هضم‌کننده شامل آمیلاز، لیپاز و پروتئاز و به صورت اندوکراین هم گلوکاگون (از سلول آلفا)، انسولین (از سلول بتا) و سوماتواستاتین (از سلول دلتا) را ترشح می‌کند. آمیلاز تنها آنزیمی است که به فرم فعال ترشح می‌شود. بهترین فعالیت آمیلاز در PH=7 است.

### پانکراتیت حاد

پانراتیت حاد به علت آسیب سلول‌های آسینار (اختلال ترشح اگزوکراین پانکراس) به دنبال مصرف شدید الکل، انسداد مجاری توسط سنگ صفراوی (شایع‌ترین علت مکانیکی)، آسیب‌های ایسکمیک ثانویه به افت فشار خون، هیپرلیپیدمی، تروما و ERCP ایجاد می‌شود. ۱۰٪ موارد ایدیوپاتیک است که کوله‌سیستکتومی در این گروه توصیه می‌شود.

**تظاهرات بالینی پانکراتیت** درد غیر کرامپی اپیگاستر که به طرفین یا پشت تیر کشیده، با نشستن یا ایستادن بهتر شده و معمولاً با تهوع و استفراغ همراهی دارد. همچنین وجود اتساع شکمی و ایلئوس، تندرنس جنرالیزه‌ی شکم، ریباند تندرنس، علامت گری ترنر (هماتوم پهلو) و علامت کولن (اکیموز دور ناف) نشانه‌ی پانکراتیت شدید است. با شک به پانکراتیت باید آمیلاز و لیپاز را چک کنیم.

**تغییرات آزمایشگاهی پانکراتیت** عبارت است از لکوسیتوز و افزایش آمیلاز و لیپاز. به دنبال پانکراتیت، آمیلاز سریع و طی ۱۲ ساعت بالا رفته و طی ۳ تا ۵ روز نرمال می‌شود. سطح آمیلاز سه برابر نرمال به تنهایی اختصاصیت ۹۵٪ برای تشخیص پانکراتیت دارد.

**ارزیابی تصویربرداری در پانکراتیت** ۱- گرافی قفسه سینه (جهت بررسی پلورال افیوژن، آتلکتازی، وجود هوای آزاد در پریتون)، ۲- گرافی ساده شکمی ایستاده و خوابیده جهت بررسی کلسیفیکاسیون محتمل (به نفع پانکراتیت مزمن)، نشانه‌های انسداد روده و ایلئوس، ۳- سونوگرافی برای دیدن سنگ صفراوی، بررسی سائز و مجاری پانکراسی، ۴- سی‌تی اسکن جهت بررسی تجمع مایع اطراف پانکراس: سی‌تی با و بدون کنتراست وریدی رو به عنوان گلد استاندارد و در صورتی که به تشخیص نرسیده باشیم، استفاده می‌کنیم؛ اگر پانکراس Enhance یا با کنتراست پر نشد، نکروز قطعی است.

نکروز پانکراس اندیکاسیون مداخله‌ی جراحی نیست، اکثر موارد نکروز بدون عفونت، به صورت غیر جراحی به خوبی کنترل می‌شود.

۱ در بین علل زیر کدامیک نادرترین علت پانکراتیت حاد می‌باشد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب آزاد)

- ☐ الف سنگ‌های صفراوی  
☐ ب مصرف الکل  
☐ ج تومورهای پانکراس  
☐ د ERCP

۲ مرد ۵۰ ساله‌ای که به علت پانکراتیت هموراژیک بستری بوده است، از شب گذشته دچار تغییر رنگ و کبودی اطراف ناف شده است. نام این نشانه کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطب کرمان)

- ☐ الف Cullen sign  
☐ ب Grey- turner sign  
☐ ج Fothergill sign  
☐ د Courvosier sign

۳ کدامیک از اقدامات تشخیصی زیر جهت آشکار کردن شدت پانکراتیت Gold standard می‌باشد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطب آزاد)

- ☐ الف MRCP  
☐ ب CT اسکن با Bolous IV Contrast  
☐ ج سونوگرافی  
☐ د گرافی ساده‌ی شکم

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ج	الف	ب

۴ آقای ۴۲ ساله با درد حاد شکم و تندرینس شدید در اپی گاستر به اورژانس مراجعه نموده است. سابقه مصرف الکل و سیگار دارد. علائم حیاتی  $T=38^{\circ}C$ ,  $BP=110/90$ ,  $RR=24$ ,  $PR=95$  است. کدامیک از موارد زیر جزو شاخص‌های ارزیابی شدت بیماری بر اساس معیارهای Ranson در بدو بستری است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

total bilirubin

arterial O2

WBC count

base deficite

۵ کدامیک از موارد زیر جزء اقدامات اولیه در بیماری که با تشخیص پانکراتیت در اورژانس بستری شده، نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷ - قطب زنجان)

ضد درد

آنتی‌بیوتیک

تعیین شدت بیماری

مایع درمانی

۶ بیماری به علت پانکراتیت شدید در ICU بستری و تحت درمان است. عمده‌ترین علت مرگ و میر در این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴ - قطب شمال)

نارسایی احتقانی قلب

سپتی‌سمی

سندرم نارسایی حاد تنفسی

انفارکتوس میوکارد

پیش‌آگهی پانکراتیت رو معمولاً با معیار رانسون (حین بستری و ۴۸ ساعت اول) تعیین می‌کنیم، وجود سه معیار یا بیشتر نشان‌دهنده‌ی پانکراتیت شدید، پروگنوز ضعیف و ریسک بالای عوارض موضعی و سیستمیک است. البته علاوه بر معیارهای رانسون، شواهد CT اسکن و تجمع مایع دور پانکراس هم به نفع پانکراتیت شدید و پروگنوز بدتر است. مثلاً در پانکراتیت خیلی شدید (گرید E) چند کالکشن مایع اطراف پانکراس یا هوای رتروپریتونئال در سی تی می‌بینیم.

معیارهای حین بستری ۱- سن بالای ۵۵ سال، ۲- لکوسیتوز بالای ۱۶ هزار، ۳- گلوکز خون بالای ۲۰۰، ۴- LDH بالای ۲۵۰، ۵- AST بالای ۲۵۰. معیارهای ۴۸ ساعت اول بستری ۱- افزایش هماتوکریت بیشتر از ۱۰ درصد، ۲- افزایش اوره‌ی خون بالای ۵، ۳- کلسیم کمتر از ۸، ۴- فشار اکسیژن شریانی کمتر از ۶۰، ۵- Base deficit بالای ۴، ۶- احتباس مایع بیش از ۶ لیتر.

پس میزان آمیلاز، لیپاز و شدت علائم هیچکدام در پیش‌آگهی پانکراتیت نقش ندارند. درمان پانکراتیت حاد بدون عارضه، غیرجراحی و شامل این موارد است: ۱- NPO کردن بیمار تا زمان بهبود درد و نرمال شدن آمیلاز و لکوسیتوز، ۲- مایع‌درمانی و تغذیه‌ی بیمار از مسیر NGT به خصوص در بیمار سوء تغذیه و پانکراتیت شدید، ۳- مانیتورینگ قلبی. آنتی‌بیوتیک را فقط در صورت وجود عفونت، مثلاً نکروز عفونی پانکراس تجویز می‌کنیم، پس در پانکراتیت کلاً آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک نداریم، حتی مواردش شدید یا نکروز استریل. کی جراحی می‌کنیم؟ اندیکاسیون‌های جراحی در پانکراتیت حاد شامل سه مورد کلی است:

۱- مشخص نبودن تشخیص قطعی (برای افتراق بین پانکراتیت، پرفوراسیون زخم پپتیک و غیره)

۲- پیشگیری از اپی‌زودهای بعدی پانکراتیت

۳- پانکراتیت عارضه‌دار

۴- پانکراتیت خفیف یا متوسط در زمینه‌ی سنگ صفراوی، که باید طی بستری فعلی تحت کوله‌سیستکتومی قرار گیرند.

عوارض پانکراتیت در دو گروه قرار می‌گیرد:

عوارض پری‌پانکراتیک (اطراف پانکراس) در صورت تشدید یا ادامه پیدا کردن افزایش سطح آمیلاز یا درد شکم در بیمار پانکراتیت به این سه عارضه فکر می‌کنیم: ۱- تجمع مایع دور پانکراس یا کیست کاذب، ۲- انسداد خروجی معده یا انسداد مجرای صفراوی مشترک، ۳- ترومبوز ورید طحالی یا پورت که باعث پورتال هایپرشن و در نتیجه بروز ایسکمی مزانتر یا خونریزی واریسی می‌شود، که در صورت بروز خونریزی واریسی باید اسپلنکتومی کنیم.

عوارض سیستمیک که ناشی از التهاب و SIRS است و باعث نارسایی کشنده‌ی ارگان‌ها می‌شود، شایع‌ترین آن به ترتیب نارسایی تنفسی (ARDS) با نسبت  $PaO_2/FiO_2 > 300$ ، نارسایی کلیه (با کراتینین بالای  $2 \text{ mg/dl}$  با وجود مایع درمانی)، مشکلات قلبی و شوک (با فشار سیستولیک کمتر از ۹۰) است. سه مورد دیگه رو هم یاد بگیر:

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	ج	ب	ج





۱- خونریزی گوارشی حدود ۵۰۰ سی سی در ۲۴ ساعت

۲- اختلال انعقادی و DIC با پلاکت کمتر مساوی ۱۰۰، فیبرینوژن کمتر از ۱

۳- اختلال متابولیک با کلسیم کمتر مساوی ۷,۵ mg/dl

سه عارضه‌ی مهم پانکراتیت رو جدا بخونیم

**سودوسیستیت** (شایع‌ترین عارضه‌ی پانکراتیت) مایع در ساختاری شبیه کیست بدون پوشش اپیتلیومی و اطراف پانکراس جمع می‌شود. این سودوسیست به دنبال افزایش سایز تدریجی با علائم فشاری مثل درد اپیگاستر، تهوع، استفراغ و سیری زودرس بعد از پانکراتیت بروز می‌کند. سی تی اسکن بهترین مدالیته برای ارزیابی سودوسیست است. سودوسیست معمولاً خودبخود جذب می‌شود ولی اگر بعد از چهار هفته جذب نشد، سودوسیست بالغ تشکیل می‌شود. کلاً برخورد با سودوسیست دو حالت دارد:

اگر علامت‌دار، بزرگتر از ۵ سانتی متر یا با قدمت بیش‌تر از یک سال بود باید تخلیه بشه؛ در انواع غیرارتباطی با آسپیراسیون خارجی و در انواع ارتباطی با درناژ داخلی به معده یا دوازدهه.

ولی اگر بدون علامت بود و هیچ کدوم از شرایط بالا رو نداشت، می‌تونیم با درمان نگاه‌دارنده و پیگیری سایز آن با سی تی اسکن، بیمار رو فالو کنیم. **نکروز پانکراس عفونی** تقریباً دو تا سه هفته بعد از پانکراتیت، با ادم اطراف پانکراس و هوا در فضای رتروپریتونال یا ساک کوچک (Lesser sac) در سی تی اسکن مشخص می‌شود. اگر بیمار پانکراتیت حاد، چند روز یا هفته بعد از بستری دچار تب، افزایش مجدد لکوسیتوز و تشدید اختلال ارگان شد، باید با شک به نکروز عفونی پانکراس، از مایع اطراف آن، تحت گاید سی تی اسکن آسپیراسیون سوزنی (FNA) بگیریم و آن را از نظر رنگ‌آمیزی گرم و کشت اختصاصی قارچ بررسی کنیم. در برخورد با نکروز عفونی علاوه بر اقدامات حمایتی و تجویز آنتی‌بیوتیک، باید دبریدمان جراحی و درناژ وسیع بکنیم.

### پانکراتیت مزمن

پانکراتیت مزمن، نوعی آسیب بافتی غیرقابل برگشت و پیش‌رونده است که در ۷۰٪ موارد به دنبال مصرف الکل ایجاد می‌شود. سناریوی شایع آن، یک بیمار الکلی مزمن یا دیابتیک است که با درد مبهم اپیگاستر مراجعه می‌کند، که به پشت تیر کشیده، با خم شدن به جلو بهتر و با دراز کشیدن و مصرف غذا بدتر می‌شود و گاهی با مدفوع چرب و بدبو (استئاتوره)، سوء تغذیه و کمبود ویتامین‌های محلول در چربی همراهی دارد.

**ارزیابی تشخیصی** سی تی اسکن، MRCP و ERCP به خصوص برای برنامه‌ریزی قبل از عمل و رفع انسداد مجرا استفاده می‌شود.

**درمان** درمان معمولاً غیرجراحی است و از جراحی فقط در صورت وجود درد مزمن و عارضه استفاده می‌کنیم. پس درمان بیمار عبارت است از: ۱- پرهیز از الکل و نارکوتیک‌ها، ۲- رژیم غذایی کم‌چرب، ۳- جایگزینی آنزیم‌های پانکراسی و انسولین.

۷ مرد ۳۰ ساله با سابقه‌ی پانکراتیت حاد از سه هفته قبل به علت درد اپیگاستر مراجعه کرده در معاینه یافته‌ی مثبتی ندارد در سی تی اسکن انجام شده ضایعه‌ی کیستیک به قطر ۴ سانتی‌متر در گردن پانکراس مشهود است. درمان ارجح کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب کرمان)

ا) اندوسونوگرافی و بیوپسی

ب) درناژ پرکوتانه

ج) جراحی و درناژ داخلی

د) درمان کنزرواتیو

۷ مرد ۳۶ ساله‌ای به دلیل پانکراتیت حاد شدید مراجعه نموده است. در روز پنجم پس از بستری دچار تب و لوکوسیتوز شده است. سونوگرافی، کالکشن در قسمت میانی پانکراس را گزارش کرده است. کدام اقدام در این مرحله مناسب است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳- مشترک کشوری)

ا) NPO و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف با دوز بالا

ب) FNA تحت هدایت CT اسکن جهت تعیین

ماهیت ترشحات

ج) ERCP اورژانس

د) عمل جراحی اورژانس

سؤال	۷	۸		
پاسخ	د	ب		





## تومورهای پانکراس

تومورهای پانکراس به سه گروه تقسیم می‌شوند:

- ۱- بدخیم مثل آدنوکارسینوم (شایع‌ترین کانسر پانکراس)، لنفوم و سیست آدنوکارسینوم موسینی، کارسینوم غیر کیستیک موسینی، متاستاز.
- ۲- پیش‌بدخیم مثل نئوپلاسم اینتراداکتال پایپلاری موسینی، آدنوم موسینی، نئوپلاسم کیستیک موسینی، توده‌ی نئوپلاسمی سودوپایپلاری.
- ۳- خوش‌خیم مثل کیست ساده و کاذب، سیست آدنوم سروزی (میکروسیستیک آدنوم) (ریسک فاکتورهای پانکراس عبارت است از: ۱- سن بالا و سیگار (دو عامل اصلی)، ۲- مرد بودن، ۳- سابقه‌ی خانوادگی درجه یک.

**تظاهرات بالینی کانسر پانکراس** شایع‌ترین محلش سر پانکراس است که معمولاً با زردی بدون درد، کاهش وزن، کیسه صفرا قابل لمس و بدون درد (علامت کوروازیه) مشخص می‌شود. تو سؤالاً مثل اینجا به صورت یک توده‌ی بادمجونی بدون درد، زردی و افزایش شدید بیلی‌روبین در کنار مجاری و کیسه صفرا متسع می‌بینیم. توده‌های تنه و دم پانکراس که پروگنوز بدتری دارند، معمولاً با درد مداوم پشت یا اپیگاستر بدون شواهد زردی مشخص می‌شوند.

**ارزیابی کانسر پانکراس** با شک به پانکراس باید تست‌های بیوشیمیایی و CT اکسن با کنتراست و رزولوشن بالا برای مرحله‌بندی توده و بررسی قابل جراحی بودن یا نبودن آن درخواست کنیم. AST و ALT در این بیمار تا نزدیک ۱۰۰۰ هم بالا می‌رود. بعد از سی‌تی با توجه به شرایط توده، اپروچ می‌کنیم.

**توده‌ی قابل جراحی** با جراحی توده را خارج می‌کنیم. قبل جراحی باید عملکرد کبدی و وضعیت تغذیه‌ای بیمار (آلبومین، ترانسفرین، پره‌آلبومین) و PT را چک کنیم.

**توده‌ی غیرقابل جراحی** از توده، بیوپسی (مثلاً با روش EUS-FNA) می‌گیریم. مثل این سؤال؛ چون دست‌اندازی توده به ورید یا شریان‌های مجاور مثل ورید پورت یا شریان مزانتریک نشانه‌ی غیرقابل جراحی بودن آن است.

**درمان کانسر پانکراس** ضایعات آمپول و سر پانکراس توسط عمل ویپل (پانکراتیکودئودونکتومی) و ضایعات تنه و دم توسط پانکراتکتومی دیستال (اغلب همراه با اسپلنکتومی) برداشته می‌شوند. ادجوانت و نئوادجوانت تراپی هم در سرطان پانکراس کاربرد دارد. درمان نئوادجوانت قبل جراحی و با هدف افزایش میزان بهبود و بقا و کاهش عود موضعی استفاده می‌شود.

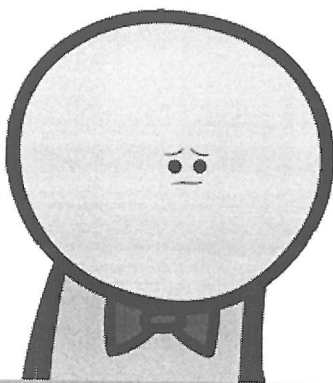
۱- مرد ۷۵ ساله‌ای به علت ایکتر شدید (Bill=22) و کاهش وزن مراجعه کرده است. در معاینه یک توده‌ی بادمجانی شکل بدون درد در ناحیه‌ی RUQ به دست می‌خورد کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۷- قطب مشهد و پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

ا- کانسر سر پانکراس

ب- کلانژیو کارسینوم ناف کبد

ج- کانسر کیسه صفرا

د- کیست کلودوک



۱۰- آقای ۵۷ ساله با درد شکم، ایکتر و کاهش وزن مراجعه نموده است. در بررسی‌های به عمل آمده در سی‌تی‌اسکن توده ۴ سانتی‌متری در سر پانکراس با دست‌اندازی به ورید پورت گزارش شده است. اقدام مناسب چیست؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

ا- EUS-FNA

ب- جراحی ویپل

ج- MRCP

د- لاپاراسکوپی تشخیصی

سؤال	۹	۱۰	
پاسخ	الف	الف	

## تومورهای درون ریز پانکراس (PETs)

## انسولینوما

انسولینوما شایع‌ترین نوع عملکردی PETs است و معمولاً به شکل یک تومور منفرد، خوش‌خیم و کمتر از دو سانتی‌متر ظاهر می‌شود. شاه‌علامت انسولینوما، تریاد ویپل است: ۱- قند خون پایین ( $50-40 \text{ mg/dl}$ )، ۲- علائم هایپوگلیسمی مثل تعریق، اضطراب، تحریک‌پذیری، تپش قلب، ترمور، تشنج، سردرد، تاری دید و کما، ۳- بهبود علائم با تجویز داخل وریدی گلوکوز.

گاسترینوما (همون زولینجر الیسون تو فصل معده)، ویژگی‌های هاش رو بگو: درد شکم، ازوفایت شدید و اسهال پایدار در حضور زخم پپتیک در مکان غیرمتداول و زخم پپتیک مقاوم به درمان. بابا آفرین، شرمندگی کردی مارو (🙄)

## پنج گلوکاگونوما

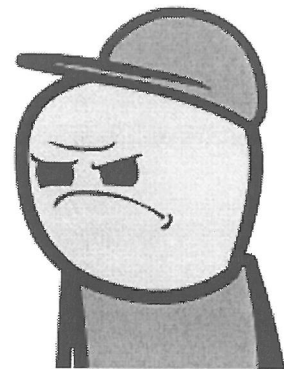
گلوکاگونوما تومور سلول‌های آلفای پانکراس است که با راش پوستی، عدم تحمل خفیف گلوکوز، اریتم مهاجم نکرولیتیک (به خصوص در نواحی تحتانی شکم، پرنه، اطراف دهان و پاها)، DVTهای مکرر، ترمبولیت، کاهش وزن، آنمی و اختلال روانی ظاهر می‌شود. سطح سرمی گلوکاگون ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر برای گلوکاگونوما تشخیصی است.

ویپوما با اسهال آبکی مزمن و حجیم و مقاوم به درمان، علائم دهیدراسیون، هایپوکالمی، هایپوکلریدی، هایپرکلسمی، هایپرگلیسمی و گرگرفتگی در کنار سطح VIP بالای ۷۵ تا ۱۵۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر مشخص می‌شود.

## پنج سوماتواستاتینوما

سوماتواستاتینوما توده‌ی منفرد، کوچکتر از پنج سانتی و معمولاً در سر پانکراس است. تابلوی بالینی سوماتواستاتینوما به صورت بیماری با اسهال چرب، دیابت، سنگ صفراوی، ایکتر، درد و کاهش وزن است. سطح سوماتواستاتین ناشتای بالای ۱۶۰ پیکوگرم در میلی‌لیتر در کنار یک توده‌ی پانکراس، برای این توده تشخیصی است. این توده، ترشح هورمون‌های رشد، گاسترین، انسولین و گلوکاگون مهار می‌شود. اساس درمان این توده، جراحی و خارج کردن توده و متاستازهای مرتبط در کنار دارودرمانی با آنالوگ‌های سوماتواستاتین (اکترئوتاید) و مهارکننده‌های پمپ پروتون است.

👉 تست تمرینی تو را فرا می‌خواند



۱۱ بیمار خانم ۴۰ ساله دچار سوءتغذیه و دیابت در بررسی‌ها درماتیت پوستی به صورت اریتم مهاجر نکروتیک در تنه و اندام‌ها دارد. تشخیص محتمل کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷- قطب اهواز)

ا سوماتواستاتینوما

ب ویپوما

ج گاسترینوما

د گلوکاگونوما

۱۲ در کدامیک از تومورهای پانکراس، شانس سنگ کیسه صفرا افزایش می‌ابد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب شیراز و کرمانشاه)

ا گلوکاگونوما

ب ویپوما

ج سوماتواستاتینوما

د انسولینوما

سؤال	۱۱	۱۲		
پاسخ	د	ج		



عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
کبد	۶	۵۲

۱ کدامیک از تست‌های زیر جهت عملکرد کبد ارزش بالتری دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب اهواز)

Alb

PTT

AST

ALT

کبد بزرگترین غده‌ی منفرد بدن است که عمده‌ی خون‌رسانی آن توسط سیستم پورت و بخشی هم با کمک شریان هپاتیک انجام می‌شود. برای بررسی عملکرد کبد می‌توان از تست‌های آلبومین، PT و غیره استفاده کرد. بریم سراغ توده‌های کبد، فقط همین اول کار یاد بگیر: به هیچ وجه در برخورد با توده‌های کبدی ندونسته و نشناخته بیوپسی سوزنی نمی‌گیریم، چون ریسک خونریزی و متاستاز معلوم نیست، ممکنه مریض رو بیچاره کنی 😞

### تومورهای خوش خیم کبد

۲ در سونوگرافی یک خانم ۳۲ ساله به طور اتفاقی یک ضایعه ۶ سانتیمتری هاپیراکو در کبد گزارش شده است. در سی‌تی‌اسکن peripheral to central enhancement داشته است. اقدام مناسب کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

بیوپسی توده کبدی

آمبولیزاسیون شریان مربوطه

رزکسیون جراحی

تحت نظر گرفتن

① همانژیوم شایع‌ترین تومور خوش خیم کبدی است. این توده بیشتر در خانم‌ها دیده شده و به خصوص در بارداری تشدید می‌شود. همانژیوم معمولاً بی‌علامت است ولی گاهی اوقات در موارد غول‌آسا (بالای ۱۰ سانتی‌متر) میتوانند با درد همراه است.

ویژگی تشخیصی همانژیوم در سونوگرافی: ضایعه‌ی هاپیراکوی فوکال + در سی‌تی‌اسکن با کنتراست: ناحیه‌ی هاپیوئنس مرکزی با enhancement و پررنگی پیش‌رونده از محیط به مرکز (peripheral to central enhancement) + تست‌های کبدی معمولاً نرمال.

درمان همانژیوم در موارد بدون علامت تحت نظر گرفتن و در موارد بسیار بزرگ و علامت‌دار رزکشن جراحی است.

۳ بیمار خانم ۲۸ ساله است که برای بررسی درد پهلوی چپ سونوگرافی شده و به صورت اتفاقی متوجه توده‌ی ۲/۵ سانتی‌متر در کبد شده است. سی‌تی‌انجام شده تری فازیک موید Focal Nodular hyperplasia می‌باشد. طی یک سال اخیر بیمار OCP برای جلوگیری از بارداری مصرف می‌کند. در مورد این بیمار همه‌ی گزینه‌ها صحیح هستند بجز: (تألیفی از پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب کرمانشاه)

معمولاً توده‌ای با این ابعاد بدون علامت است

خطر پارگی و خون‌ریزی خودبخودی از توده

بسیار بعید است

در موارد مشکوک رزکشن لازم است.

با توجه به گزارش Hyperplasia پتانسیل بدخیمی

وجود دارد و توصیه به جراحی می‌شود

② هاپیرپلازی ندولر فوکال (FNH) یک ضایعه‌ی خوش خیم و دارای حدود مشخص که از آنومالی‌های شریانی منشأ گرفته و به طور اتفاقی پیدا می‌شود. هیچ ارتباطی با مصرف هورمون (HRT) و OCP ندارد. ریسک بدخیمی و خونریزی خودبخود در این توده وجود ندارد.

ویژگی تشخیصی FNH در سی‌تی‌اسکن: اسکار مرکزی، سپتای فیبروزی و هاپیرپلازی ندولر + در سونوی داپلر: نمای عروقی چرخ پره‌دار (Spoke wheel) + در بافت‌شناسی: دارای هپاتوسیت همراه با مجاری صفراوی + آنزیم‌های کبدی معمولاً نرمال. مهم‌ترین اقدام در برخورد با FNH، افتراق آن از آدنوم است که بهترین ابزار تشخیصی برای این کار معمولاً MRI و دیدن الگوی انهنسمنت FNH در فازهای شریانی، وریدی و تأخیری است، با این حال اگر باز هم تشخیص نامعلوم بود، ممکن است بیوپسی سوزنی (Core Needle) به افتراق آن از آدنوم کمک کند.

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	الف	د	د

✍️ **درمان FNH** در مان در موارد مشکوک (قطعی نبودن تشخیص) و ضایعات کوچکتر، رزکشن ضایعه است.

✍️ **پاسخ ③** آدنوم کبدی یک توده‌ی منفرد، خوش خیم و بدون کپسول که بیشتر در خانم های جوان (۳۰ تا ۵۰ سال) و تحت درمان با HRT یا OCP دیده می شود. آدنوم در ۲۰ تا ۴۰٪ موارد به صورت خودبخودی بزرگ شده و خونریزی می کند. ریسک بدخیمی در آدنوم ۱۰٪ است که با افزایش سایز، بیشتر هم می شود.

✍️ **ویژگی تشخیصی آدنوم** خانم جوان با سابقه‌ی HRT یا مصرف OCP که با توده کبدی دارای این ویژگی‌ها اومده: در سی تی اسکن: یک ضایعه‌ی هیپودنس، توپر و گاهی همراه با خونریزی‌های مجاور + در اسکن سه فاز: انهناسمنت توده در فاز شریانی که به ترتیب در فاز پورتال و وریدی کم می شود + در اسکن کولوئید سولفور 99 TC: نقص پرشدگی + در MRI: دارای هتروژنسیته + در بافت‌شناسی: دارای هپاتوسیت بدون تریاد پورت و مجاری صفراوی برعکس FNH. سه ویژگی در این تومور، تمایل به خونریزی را در آن زیاد می کند: ۱- بارداری، ۲- مصرف طولانی مدت OCP، ۳- سایز بالای ۵ سانتی متر.

✍️ **درمان آدنوم** شامل قطع مصرف OCP و جراحی (رزکشن کبد) در موارد با ریسک بالای خونریزی است. در صورت شوک و خونریزی باید ابتدا آمبولیزاسیون و احیا و سپس جراحی الکتیو انجام شود. از آدنوم باید برای بررسی بدخیمی، حتماً بیوپسی بگیریم. خانم آدنومی باید قید بارداری رو بزنه، ولی اگر باردار شد، باید آدنومش رو با سونوگرافی دوره‌ای پیگیری کنه.

### ✍️ **تومورهای بدخیم کبد**

① **کارسینوم هپاتوسلولار (HCC)**: شایع‌ترین بدخیمی اولیه‌ی کبد است که به صورت تشدید علائم سیروز (آسیت، زردی، انسفالوپاتی) و توده‌ی بزرگتر از یک سانتی متر ظاهر می شود. ریسک فاکتورهای HCC عبارت است از: ۱- چاقی، ۲- الکل، ۳- هپاتیت‌های ویروسی به خصوص B و C. سایز تومور، تعداد ندول‌ها و تهاجم به عروق از عوامل موثر در پیش‌آگهی بیماری است. ✍️ **ویژگی تشخیصی HCC** افزایش AFP به میزان بیش از ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ (در سیروز بین ۲۰۰ تا ۴۰۰) + در تصویربرداری: نمای Washout همراه با Ring Enhancement. اگر تصویر برداری غیرتشخیصی بود، می توان از بیوپسی استفاده کرد.

④ در مورد آدنوم کبد کدام گزینه صحیح است؟

(تألیفی از پره‌اترنی شهرپور ۹۸- قطب آزاد)

الف) معمولاً ارتباطی با مصرف استروژن ندارند.

ب) امکان بدخیمی در آنها وجود ندارند.

ج) امکان پارگی خودبخودی و خونریزی در آنها ۲۰ تا ۴۰٪ است.

د) پس از تشخیص نیاز به اقدام خاصی ندارد.



⑤ بیمار آقای ۵۰ ساله و سیروتیک است، که در حال حاضر با شکایت تشدید زردی از ۶ ماه پیش مراجعه کرده است، در بررسی انجام شده در تصویربرداری نمای Ring Enhancement و در آزمایشات افزایش AFP گزارش شده است. تمام موارد صحیح است بجز؟ (تألیفی)

الف) AFP بیمار در این فاز تا ۳۰۰ بالا می رود.

ب) بیماری هپاتیت B و الکلی از موارد زمینه‌ساز این وضعیت است.

ج) هرچه سایز توده کوچک تر و ندول‌ها کمتر، پیش‌آگهی بهتر است.

د) در صورت نداشتن تهاجم عروقی و سایز توده‌ی ۴ سانت، می توان پیوند کبد را در نظر گرفت.

سؤال	۴	۵
پاسخ	ب	الف



درمان HCC سه اپروچ درمانی داریم:

۱- رزکشن جراحی توده با مارژین سالم در نبود سیروز.

۲- پیوند کبد، اگر هر دو شرط میلان رو داشتیم: ۱- توده‌ی منفرد کوچکتر از ۵ سانتی‌متر یا حداکثر سه تومور با سایز کمتر از ۳ سانتی‌متر، ۲- نداشتن تهاجم عروقی.

۳- درمان ترکیبی شامل کموآمبولیزاسیون درون شریانی به همراه جراحی: اگر بیمار سیروتیک و توده غیر قابل رزکشن و کوچکتر از ۵ سانتی‌متر بود.

بیشترین میزان عود در HCC مربوط به کبد باقی مانده پس از جراحی و بیشترین متاستاز به ریه و استخوان است.

② تومورهای متاستاتیک کبد در کل شایع‌ترین بدخیمی کبد است که معمولاً از دستگاه گوارش منشأ می‌گیرد. در کنسر کولون، تومورهای نورو اندوکراین و GIST تنها مکان متاستاز، کبد است. درمان انتخابی در کنسر متاستاتیک پستان و ملانوم رزکشن متاستاز کبدی است. در موارد غیرقابل رزکشن، کرایو یا رادیوفریکویسنسی توصیه می‌شود. بهترین نتیجه‌ی رزکشن در متاستاز کبدی را در این شرایط می‌بینیم: ۱- توده‌ی کوچکتر با تعداد کمتر، ۲- CEA سرم پایین‌تر، ۳- نداشتن درگیری خارج کبدی، ۴- نداشتن درگیری لنف نود، ۵- دوره بدون بیماری طولانی‌تر.

### کیست‌های کبد

۶ کدام مورد در کیست‌های کبدی صحیح است؟ (تألیفی)

۱- در کیست ساده‌ی کبد، باید کیست را با روش جراحی خارج کنیم.

۲- بیماری کبد پلی‌کیستیک، معمولاً با نارسایی کبدی همراه است.

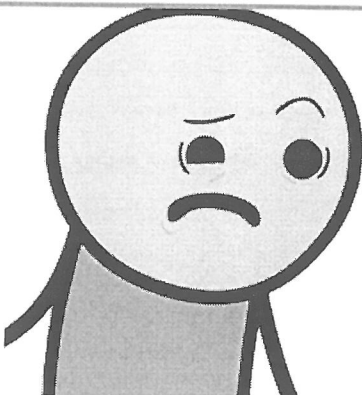
۳- توده‌های کیستیک نئوپلاسمی معمولاً کوچک‌تر از ۵ سانت است.

۴- برای افتراق نئوپلاسم کیستیک باید الایزای سرولوژیک درخواست کنیم.

① کیست ساده‌ی کبد: این کیست معمولاً کوچک، بدون علامت و حاوی مایع شفاف سروزی بوده و ارتباطی با مجاری صفراوی ندارند. بزرگ شدن توده با علائمی مانند درد، سیری زودرس و خونریزی از کیست ظاهر می‌شود. درمان کیست ساده‌ی کبدی، تخلیه‌ی مایع است و جراحی اندیکاسیونی ندارد. پس درمان موقت، آسپیراسیون و در درمان استاندارد کیست ساده، سوراخ کردن دیواره‌ی کیست و تخلیه‌ی مایع درون کیست به داخل پریتوئن است.

② بیماری کبد پلی‌کیستیک (اتوزوم غالب) با تعداد زیادی کیست همراه است که به صورت پیش‌رونده بزرگ شده و می‌توانند با کلیه‌ی پلی‌کیستیک و ESRD همراه باشند. درمان شامل رزکشن ناحیه‌ای است که بیشترین تعداد کیست را دارد.

③ نئوپلاسم کیستیک معمولاً منفرد، حاوی مایع موسینی، بزرگتر از ۱۰ سانتی‌متر، دارای سپتا و دیواره‌ی نازک و گاهی ندول‌های جداری است که پتانسیل بالایی برای تبدیل به بدخیمی و عود دارد. تشخیص آن با کمک سونوگرافی (اکوی داخلی همراه با رشد پایپلری) و سی‌تی اسکن (enhancement دیواره‌ی کیست، سپتاها و ندول‌ها) انجام می‌شود. با توجه شباهت نئوپلاسم کیستیک به کیست هیداتید باید تست‌های سرولوژیک مربوطه هم درخواست کنیم. درمان انتخابی اکسیزیون جراحی است.



سؤال	۶			
پاسخ	د			

**پاسخ ۴ کیست هیداتید:** عامل این بیماری اکینوкокوس گرانولوسوس (شایع‌تر) و اکینوкокوس مولتی لوکاریس است که پس از تماس انسان با مدفوع سگ (میزبان اصلی) کیست‌های unioocular با سایز ۱۰ تا ۲۰ سانتی‌متر داخل پارانشیم کبد می‌سازند. کیست هیداتید ممکن است به صورت یک کیست بزرگ دارای کیست‌های کوچک‌تر دختر در دلش مشخص شود. این کیست ممکن است با عفونت پیوژنیک و فیستول به مجاری صفراوی یا راه هوایی همراهی داشته باشد. وجود کلسیفیکاسیون نشانه‌ی عفونت طولانی‌مدت و بدون علامت است. تشخیص بیماری با تست‌های سرولوژیک است، علاوه بر این آئوزینوفیلی هم در ۱/۳ موارد دیده می‌شود. در کیست هیداتید بیوپسی سوزنی به علت خطر گسترش و شوک آنافیلاکسی ممنوع است. برای درمان، ابتدا یک ضد انگل (آلبندازول) شروع و بعد جراحی (مؤثرترین روش) می‌کنیم.

### پاسخ ۵ آبسه‌های کبدی

① **آبسه‌ی چرکی کبد (پیوژنیک)** معمولاً از دستگاه گوارش (مثل دیورتیکول و آپاندیس) و مجاری صفراوی منشأ می‌گیرد و با تب، درد RUQ، لکوسیتوز و افزایش ALP ظاهر می‌شود. ویژگی تشخیصی آن عبارت است از: در سونوگرافی: کیست‌های هایپواکو با دیواره‌ی هایپراکو + در سی‌تی اسکن: ضایعه‌ای با دانسیته‌ی مایع و دیواره‌ی هایپروسکولار. برای درمان از اسپیراسیون پرکوتانه، درناژ و تجویز آنتی‌بیوتیک وریدی استفاده می‌کنیم. در صورت بروز انسداد صفراوی باید استنت هم تعبیه کنیم.

② **آبسه آمیبی:** اگر در محتویات آسیب‌دهی آبسه، مایع استریل با نمای Anchovy paste (قهوه‌ای غلیظ) دیدیم باید به این آبسه شک کنیم. در آبسه‌ی آمیبی تجویز مترونیدازول کافی است و درناژ پوستی اندیکاسیون ندارد.

### پاسخ ۶ ارزیابی و مدیریت هایپرتنشن پورت

به فشار ورید پورت بالاتر از ۱۲ تا ۱۵ میلی‌متر جیوه (نرمال: بین ۵ تا ۱۰) یا افزایش فشار و ج ورید هپاتیک بیشتر از ۵ میلی‌متر جیوه و بالاتر از فشار IVC، هایپرتنشن پورت گفته می‌شود. از علت‌های هایپرتنشن پورت اینارو یاد بگیر: ۱- سیروز (۹۰٪ موارد)، ۲- سندرم بودکیاری، ۳- شیزتوزومیازیس (شایع‌ترین علت پورتال هایپرتنشن پره‌سینوزویدال)، ۴- نارسایی تریکوسپید، ۵- پریکاردیت فشارنده، ۶- فیستول‌های شریانی وریدی بزرگ. از عوارض پورتال هایپرتنشن میشه به آسیت، انسفالوپاتی کبدی، خونریزی ناشی از واریس مری و معده، سندرم هپاتورنال، هیدروتوراکس، پریتونیت باکتریایی خودبه‌خودی و سندرم هپاتوپولمونری اشاره کرد که درمان قطعی آن‌ها پیوند کبد است.

۷ خانم ۴۸ ساله‌ای ساکن روستا که با درد شکم و سیری زودرس از چند ماه قبل مراجعه کرده است. در سونوگرافی انجام شده کیست ۱۰ سانتی‌متری در کبد با کیست‌های متعدد کوچک‌تر داخل آن مشاهده شده است. اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌اترنی اسفند ۹۷- قطب زنجان)

الف) جراحی در اسرع وقت

ب) درمان آنتی‌بیوتیک به مدت ۸ هفته

ج) درمان ضد انگل

د) نمونه‌برداری زیر گاید سونوگرافی

۸ خانم ۶۰ ساله‌ای با درد RUQ از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. بیمار سابقه‌ی گاستروآتریت طولانی مدت دارد. بیمار تب خفیف دارد. ایکتریک نیست. در سونوگرافی توده‌ی کیستیک ۴ سانتی‌متری در لوب راست کبد دیده می‌شود که گزارش می‌شود حاوی مقداری مایع غلیظ است. کدام اقدام زیر صحیح است: (تألیفی از پره‌اترنی اسفند ۹۷- قطب کرمانشاه)

الف) درمان دارویی با مترونیدازول

ب) اکسپلور جراحی

ج) اسپیراسیون پرکوتانه

د) پیگیری با سونوگرافی

۹ کدامیک از گزینه‌های زیر نادرست است؟ (تألیفی)

الف) فشار نرمال پورت بین ۵-۱۰ mmHg است.

ب) سیروز شایع‌ترین علت پورتال هایپرتنشن است.

ج) هموکروماتوز و ویلسون از عوارض پورتال هایپرتنشن است.

د) درمان قطعی عوارض پورتال هایپرتنشن از جمله انسفالوپاتی، پیوند کبد است.

سؤال	۷	۸	۹
پاسخ	ج	الف	ج



## بخش ① خونریزی واریس

آقای ۴۶ ساله‌ای با همتامز به اورژانس مراجعه

کرده است. بیمار سابقه‌ی اپیزود قلبی را نمی‌دهد و پیش از این ۱۰ سال، روزانه الکل می‌نوشیده است. در اندوسکوپی واریس مری گزارش شد، بهترین اقدام برای کنترل خونریزی کدام است؟

(بانک سوال لارنس ۲۰۱۳)

شانت پور توسیستمیک اورژانسی

تامپوناد لومینال

باند لیگاسیون اندوسکوپی

TIPS

در فشار پورت بالای ۱۲، خطر خونریزی واریس زیاد می‌شود. با این حال نیمی از خونریزی‌های بیماران سیروتیک ناشی از علل غیرواریسی مثل زخم پپتیک و پارگی مالوری ویس است. برای کنترل خونریزی واریس مری باید به این موارد دقت کنیم: ۱- رعایت ABC، ۲- احیا با مایع درمانی (پرهیز از مایع درمانی بیش از حد)، ۳- آنتی‌بیوتیک تراپی کوتاه مدت به منظور پروفیلاکسی، ۴- لاواژ معده پیش از اندوسکوپی، ۵- تجویز سوماتواستاتین یا همون اکتروتاید و وازوپرسین داخل وریدی (سوماتواستاتین بهتر است)، ۶- درمان اندوسکوپی (باند لیگاسیون) که درمان ارجح است. در صورت عدم پاسخ به درمان دارویی و اندوسکوپی، حداکثر طی ۲۴ تا ۳۶ ساعت می‌توان از تامپوناد لومینال (Sengstaken-Blakemore) استفاده کرد که ممکن است با عوارضی مانند اسپیراسیون، انسداد راه هوایی، زخم، پارگی و نکروز مری همراه باشد. همچنین شانت پرتوکاوا ترانس ژوگولر اینترآهپاتیک (TIPS) برای درمان انواع عوارض هایپرشن پورت استفاده می‌شود، از این عوارض میشه برجستگی وریدهای آنوس (هموروئید)، اطراف ناف (کاپوت مدوزا) و صفاقی اشاره کرد.

پیشگیری از عود خونریزی ناشی از واریس شامل سه مورد است:

۱- درمان دارویی: بتا بلاکر، ۲- درمان اندوسکوپی اولیه بدون توجه به فعالیت کبدی، ۳- درمان جراحی TIPS که درمان قطعی است، اگرچه TIPS خطر خونریزی را کم می‌کند ولی با افزایش خطر انسفالوپاتی و ترومبوز نسبت به درمان اندوسکوپی همراه است. همچنین در CHILD A&B درمان انتخابی تعبیه شنت به روش جراحی و در CHILD C درمان انتخابی پیوند کبد است. مهم‌ترین عامل موثر در پروگنوز خونریزی از واریس مری، عملکرد کبد است. ② آسیت: شایع‌ترین علت آسیت، هایپرشن پورت ثانویه به سیروز است. سونوگرافی آسیتی با حداقل حجم ۱۰۰ سی‌سی و معاینه با حداقل حجم ۱۵۰۰ سی‌سی را تشخیص می‌دهد. مایع آسیت باید از نظر سیتولوژی، آمیلاز،

تری‌گلیسرید، PH، سطح پروتئین و کشت مورد بررسی قرار گیرد.

یافته‌های آزمایشگاهی مایع آسیت در بیمار سیروتیک بدون عارضه

ارجحیت سلولی با مونوسیت و تعداد نوتروفیل کمتر از ۲۵۰ تا در هر میلی‌لیتر،

نداشتن سلول نئوپلاستیک، آمیلاز و تری‌گلیسرید کمتر یا معادل سرم، PH

معادل ۷٫۳ یا بیشتر، کشت باکتریال و قارچی منفی، پروتئین کمتر از ۲٫۵ گرم و

SAAG بیشتر از ۱٫۱.



سؤال	۱۰
پاسخ	ج



**پاسخ** اگر تعداد سلول مایع آسیت بیشتر از ۲۵۰ تا، با ارجحیت نوتروفیل و همراه با رشد یک میکروارگانیسم (معمولاً انواع روده‌ای) بود، تشخیص پریتونیت باکتریال خود به خودی (SBP) گذاشته می‌شود، که درمان انتخابی آن آنتی‌بیوتیک وریدی (به صورت تجربی فلوروکینولون یا سفالوسپورین نسل اول) است. بیمار با علائمی مثل تب، درد شکم و انسفالوپاتی غیرقابل توجه مراجعه می‌کند.

**درمان آسیت شامل محدودیت مصرف آب و نمک، تجویز دیورتیک (اسپرینولاکتون) و در موارد شدید مثل دیسترس تنفسی، پاراسنتز مایع آسیت کمک‌کننده است. همراه با پاراسنتز مایع آسیت باید ۸ گرم به ازای هر لیتر مایع آلبومین به بیمار تجویز کرد.**

③ **نارسایی حاد کلیوی (سندرم هپاتورنال) به دنبال تجویز دیورتیک زیاد تشدید می‌شود و تشخیص آن براساس رد سایر علل است. اساس درمان آن پیوند کبد است ولی به عنوان جایگزین می‌توان از اکترئوتاید، وازودیلاتور و میدودرین استفاده کرد.**

**پاسخ** ④ **انسفالوپاتی کبدی با اختلال سطح هوشیاری، گیجی، ترمور، آستریکسی و بوی بد دهان به دنبال تجمع آمونیم در بدن ایجاد می‌شود. شرایطی مثل خونریزی گوارشی، یبوست، دهیدراسیون، مصرف ایپوئید و سداتیو، بیماری‌های متابولیک، رژیم غذایی پُر پروتئین و شنت‌های پورتو سیستمیک انسفالوپاتی را تشدید می‌کنند.**

**درمان انسفالوپاتی کبدی شامل محدودیت متوسط پروتئین رژیم غذایی، تجویز لاکتولوز، آنتی‌بیوتیک‌های اینترالومینال (نئومایسین، مترونیدازول و ریفاکسیمین)، آنتاگونیست بنزودیازپین، مکمل روی و پروبیوتیک است. همچنین در صورت بروز عوارض ناشی از نارسایی کبد مانند نارسایی فولمینانت کبدی، بیماری متابولیک کبدی و کنسر غیرقابل رزکسیون، پیوند کبد توصیه می‌شود. کنترااندیکاسیون‌های پیوند کبد رو یاد بگیر ۱- سپسیس کنترل نشده، ۲- بدخیمی خارج کبدی، ۳- سوء مصرف الکل، ۴- بیماری قلبی ریوی پیشرفته.**

تو این چهار حالت، حتی کبد جدید پیوندی هم فاسد میشه! 😞

① خانم ۵۰ ساله‌ای با سابقه‌ی سیروز و آسیت شکمی با درد شکم از ۲ روز قبل که تشدید شده است مراجعه کرده است. در معاینه شکم تندرُس و گاردینگ کل شکم را دارد. در گرافی اخذ شده هوای آزاد ندارد. در مایع آسیت آسپیره شده حدود ۱۰۰ عدد WBC در هر میلی‌لیتر دارد. و یک نوع باکتری گرم نگایتو رشد کرده است. اقدام ارجح چیست؟ (پره‌اترنی شهریور ۹۸- قطب زنجان)

**پاسخ** **جراحی اورژانسی بیمار**

**شروع درمان آنتی‌بیوتیکی و سپس جراحی ۲۴ ساعت بعد**

**درمان آنتی‌بیوتیکی به مدت ۱۴ تا ۲۱ روز**

**تحت نظر گرفتن بیمار و کنترل آسیت بیمار با آسپیراسیون مکرر آسیت و کنترل سیروز بیمار**

② خانم ۶۰ ساله‌ای با سابقه‌ی هپاتیت C مزمن، در حال حاضر با گیجی به اورژانس آورده شده است. در معاینه‌ی فیزیکی، زردی، Spider Angioma و اسپلنومگالی، لتارژی و آستریکسی دارد. کدام دارو برای شرایط فعلی بیمار مناسب‌تر است؟ (بانک سؤال لارنس ۲۰۱۳)

**پاسخ** **اسپرونولاکتون**

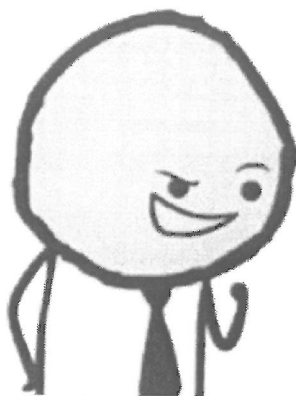
**لاکتولوز**

**سوماتواستاتین**

**میدودرین**

سؤال	۱۱	۱۲		
پاسخ	ج	ب		





### نارسایی فولمینانت کبدی

نارسایی فولمینانت کبدی به دنبال نکرور گسترده‌ی هپاتوسیت‌ها به علت عفونت‌های ویروسی و قارچی و مسمومیت‌های دارویی ایجاد می‌شود. این بیماران، بیماری مزمن کبدی و در نتیجه پورتال هایپرشن و آتلاف عضله ندارند. پس معمولاً ۸ تا ۱۲ هفته پس از شروع علائم، نارسایی کبد به صورت انسفالوپاتی، افزایش INR و سندرم هپاتورنال ظاهر می‌شود. پیوند کبد در این گروه خیلی خوب جواب می‌دهد، ولی بدون پیوند کبد، این بیماران طی یک هفته با عزرائیل ملاقات می‌کنن (خدا)

👉 وقت پیه؟! احسنت، تست تمرینی.

با هیچ‌کس نباید پیش از اندازه‌گذاشت یا مثبت داشت!  
همان‌طور که دوستانمان را نه به علت رد کردن تقاضای قرضی که از ما فواسته‌اند، بلکه به علت اینکه به آنان قرض داده‌ایم از دست می‌دهیم،  
هیچ‌کس را به علت رفتار غرورآمیز و بی‌اعتنایی اندک از دست نمی‌دهیم،  
بلکه به این علت از دست می‌دهیم که  
رفتاری پیش از اندازه‌دوستانه و فروتنانه از ما دیره است.

در باب حکمت زندگی

آرتور شوپنهاور

سؤال				
پاسخ				

عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سوالات
پستان	۱۰	۱۶۰

یک راست برو سر اصل مطلب و دونه دونه مباحث رو بخون.

### پاسخ ۱: ژنیکوماستی فیزیولوژیک

این وضعیت معمولاً به دنبال برهم خوردن تعادل هورمونی به صورت افزایش استروژن یا استرادیول نسبت به تستوسترون و کاهش تستوسترون در مردان مسن اتفاق می‌افتد و می‌تواند به صورت یک طرفه یا دو طرفه، دردناک و غیر قرینه در افراد مسن و نیمی از پسران نوجوان دیده شود که در نوجوانان معمولاً تا سن ۲۰ سالگی بهبود می‌یابد. پس اگر همراه با ژنیکوماستی، توده‌ی قابل لمس یا علائم واضحی نداشتیم، به غیر از شرح حال و معاینه نیاز به بررسی بالینی دیگری نیست.

۱. Gynecomastia (ژنیکوماستی) یعنی چه و به چه

علت به وجود می‌آید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب آزاد)

ا. بزرگی پستان در مردان و به علت افزایش تستسترون

ب. بزرگی پستان در مردان و به علت افزایش نسبی

استروژن خون به تستسترون

ج. بزرگی پستان در دختران سن بلوغ به علت افزایش

استروژن

د. بزرگی پستان در زنان یائسه به علت کاهش استروژن

### پاسخ ۲: ریسک فاکتورهای کانسر پستان

یکی از فاکتورهای مهم در ارزیابی کانسر پستان سن بیمار است؛ پس در صورت وجود هر اختلال پستانی در خانم‌های زیر ۳۰ سال معمولاً به ضایعات خوش خیم (تغییرات فیبروکیستیک، فیبروآدنوم و کیست) و در خانم‌های بالای ۵۰ سال یا یائسه با علائمی مانند ترشح نیل، توده‌ی جدید و درد معمولاً به بدخیمی‌ها فکر می‌کنیم. بر حسب میزان خطر در سه گروه ریسک فاکتورها رو بررسی می‌کنیم:

۲. در مورد risk factor سرطان پستان، کدامیک

از گزینه‌های زیر صحیح نمی‌باشد؟ (پره‌انترنی

شهریور ۹۶- قطب آزاد)

ا. Hormone Replacement Therapy بعد از منوپوز،

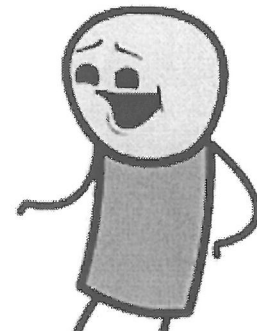
ریسک کانسر پستان را بالا می‌برد.

ب. menarch زیر ۱۲ سال

ج. سن اولین زایمان زنده بیش از ۳۰ سالگی

د. تعداد بیوپسی‌های انجام شده به دلیل بیماری

خوش خیم پستان بالای سن ۵۰ سال بیش از ۵ عدد



۱. خطر نسبی بالای ۴ ☞ دانسیته‌ی بالای پستان، سن بالای ۶۵ سال، مؤنث بودن، سابقه‌ی بروز زودرس کانسر پستان در دو نفر یا بیش‌تر از خانواده‌ی درجه یک، سابقه‌ی شخصی کانسر پستان، وجود هایپرپلازی آتیپیکال در بیوپسی و موتاسیون BRCA-1 و BRCA-2. در موتاسیون BRCA ریسک بروز کانسر پستان از تخمدان بیش‌تر است.

۲. خطر نسبی ۱ تا ۴ ☞ دانسیته بالای استخوان پس از منوپوز، رادیاسیون با دوز بالا به قفسه‌ی سینه، سابقه‌ی بروز کانسر پستان در یکی از افراد درجه یک خانواده. ۳. خطر نسبی ۱ تا ۲ ☞ سن بیش‌تر از ۳۰ سال در اولین بارداری، منارک زودتر از ۱۲ سال، منوپوز پس از ۵۵ سالگی، نداشتن سابقه‌ی بارداری کامل و شیردهی، مصرف اخیر OCP، درمان اخیر یا طولانی‌مدت با HRT، سابقه‌ی شخصی کانسر کولون، تخمدان یا اندومتر، چاقی، مصرف الکل، قد بلند، نژاد یهودی و وضعیت اقتصادی اجتماعی بالا.

سوال	۱	۲		
پاسخ	ب	د		



این پنج مورد هم، نشونه‌ی وجود زمینه‌ی ارثی کانسر پستان است ۱- بروز سرطان پستان قبل از یائسگی، ۲- بیماری دو طرفه، ۳- بروز در چندین نفر از اعضای خانواده، ۴- کانسر پستان در آقایون فامیل، ۵- همراهی کانسر پستان با کانسر تخمدان.

سندرم‌هایی مانند Li- Fraumeni و Cowdens هم با افزایش خطر بروز کانسر پستان همراهی دارند.

### غربالگری کانسر پستان

اساس غربالگری کانسر پستان ماموگرافی است که می‌تونیم از ابتدای ۴۰ سالگی به صورت سالیانه شروع کنیم؛ البته ماموگرافی سالیانه تا ۴۴ سالگی اختیاری ولی از ۴۵ سالگی دیگه اجباریه، اونم تا زمانی که فرد سالم باشه. خانم‌ای ۵۵ ساله و بالاتر به جای هر سال، می‌تونن هر دو سال برای ماموگرافی مراجعه کنن. داستان غربالگری برای یه خانم عادی اینقدر ساده است، ولی تو خانم‌ای پرخطر فرق می‌کنه:

غربالگری در خانم پرخطر: در افراد پر خطر برای کانسر پستان با توجه به ریسک فاکتورهای صفحه‌ی قبل، باید به این نحو عمل کنیم: ۱- معاینه هر شش ماه توسط پزشک و به صورت منظم توسط خود فرد، ۲- ماموگرافی و MRI سالیانه از سن ۲۵ سالگی یا از کم‌ترین سن بروز کانسر در خانواده، ۳- ماستکتومی پروفیلاکتیک، اووفاکتومی پروفیلاکتیک، ۴- تجویز دارو مثل تاموکسیفن و رالوکسیفن، ۵- توصیه به مشاوره‌ی ژنتیک (از نظر موتاسیون و موارد دیگر)

تو افراد پرخطر مثل ریسک کانسر بالای ۲۰٪، دارای سابقه‌ی خانوادگی یا موتاسیون BRCA، MRI سالیانه خیلی دقیق‌تر از ماموگرافی است. قبل از اینکه بریم سراغ بیماری‌های پستان، ویژگی‌های مهم MRI و معاینه‌ی پستان رو یاد بگیر ۱

در MRI، با کمک طبقه بندی BIRAD بر اساس یافته‌های ماموگرافی و میزان ریسک بدخیمی، ضایعات پستان را در ۶ گروه قرار می‌دهیم:

BIRAD 0 نیاز به بررسی با مدالیت‌های تصویربرداری بیشتری دارد.

BIRAD 1 منفی. ماموگرافی طبیعی است.

BIRAD 2 خوش‌خیم است.

BIRAD 3 احتمالاً خوش‌خیم است، برای اطمینان باید بعد از مدت کوتاهی مجدداً پیگیری شود.

BIRAD 4 یافته‌های مشکوک دارد. بیوپسی لازم است، مثل این بیمار.

BIRAD 5 بدخیم است، اقدامات جراحی یا درمانی لازم انجام شود.

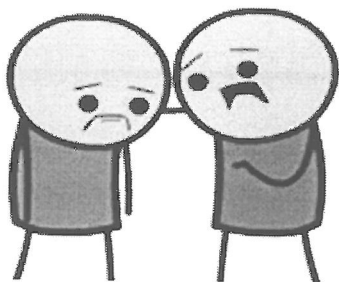
برای غربالگری سرطان پستان، کدامیک از روش‌های زیر توصیه می‌شود؟ (تألیفی از پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

معاینه توسط خود فرد به صورت ماهانه از سن بلوغ

معاینه هر ۳ سال توسط پزشک در سن بالای ۴۰ سالگی

ماموگرافی سالیانه از ۴۵ سالگی

سونوگرافی هر شش ماه از ۳۵ سالگی



خانم ۵۰ ساله بدون سابقه فامیلی کانسر پستان برای اولین بار تحت ماموگرافی قرار گرفته است. ضایعه‌ای در ربع فوقانی خارجی پستان چپ با مختصات BIRAD 4 توصیف شده است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

بیوپسی از ضایعه

سونوگرافی پستان‌ها

تکرار ماموگرافی شش ماه بعد

پستان

سؤال	۳	۴	
پاسخ	ج	الف	

📌 **ترشح از نیپل در معاینه:** ترشح خودبخودی سروزی یا خونی از مجرا رو حتماً باید بررسی کنیم. ترشحات خودبخودی خونی و یک طرفه از یک مجرا مطرح کننده بدخیمی است، مخصوصاً وقتی همراه با یک توده باشد. شایع ترین علت ترشح خونی یک طرفه خودبخودی، پاپیلوم خوش خیم است.

### 📌 **برخورد با توده‌ی پستانی**

در برخورد با توده‌ی پستان اولین قدم انجام سونوگرافی است. اگر بیمار ۳۰ ساله یا بزرگتر بود، علاوه بر سونو، ماموگرافی هم لازم است. با توجه به سونوگرافی سه حالت داریم:

- ۱- اگر توده کیستیک و ساده و بیمار بدون علامت بود: دو تا سه ماه بعد دوباره معاینه می کنیم.
- ۲- اگر توده کیستیک و کمپلکس (دارای اکوی داخلی) یا بیمار علامت دار بود: آسپیراسیون می کنیم و بعد از آن:  
👉 اگر توده باز هم باقی ماند ☞ بیوپسی.  
👉 اگر توده از بین رفت ☞ ۲ تا ۶ ماه بعد پیگیری می کنیم.

📌 **۳- اگر توده solid دارای میکروکلسیفیکاسیون بود ☞ FNA یا Core biopsy** می کنیم و بر اساس جوابش در مورد درمان تصمیم می گیریم.

📌 مایع آسپیراسیون از کیست ساده، سبز، زرد کمرنگ یا کدر است. اگر غیر از این بود، غیرطبیعی و مشکوک است و نیاز به بیوپسی دارد.

📌 ویژگی های خوش خیمی توده (کیست ساده) در سونوگرافی شامل افزایش اکوی خلفی و فقدان اکوی داخلی (هایپواکو با سایه ی خلفی) است. ویژگی های بدخیمی (یا کیست کمپلکس) در سونوگرافی شامل حدود نامشخص توده، سایه ی خلفی، داشتن، جزء solid، اکوی داخلی هتروژن و یک جهت گیری بلندتر از عرض (Taller than wide) است.

📌 **روش نمونه برداری یا بیوپسی ☞ بیوپسی Core needle** سوزنی روش ارجح ما در نمونه برداری است، ولی باید با توجه به سه نکته ی پایین روش رو انتخاب کنیم:

👉 در توده های قابل لمس یعنی اکثر موارد از روش معمول یعنی «بیوپسی سوزنی تحت گاید سونوگرافی» استفاده می کنیم.

👉 در موارد دارای میکروکلسیفیکاسیون بدون وجود توده ی واضح از «بیوپسی سوزنی استرنوتاکتیک تحت گاید ماموگرافی» استفاده می کنیم، مثل این خانم.

۵ در بیماری که علت ترشح از نوک پستان مراجعه کرده است، کدام جزء فاکتورهای خطر محسوب نمی شود؟ (پرهانتونی شهریور ۹۹- کشوری)

الف ترشح پایدار خودبخودی یک طرفه

ب ترشح از یک مجرا

ج ترشح خونی یک طرفه

د درد شدید کمپلکس نیپل آرئول

۶ دختر خانم ۲۵ ساله ای با توده ی پستان راست

از سه ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه، توده ی ۴ سانتی متری در پستان لمس می شود. اقدام بعدی کدام است؟ (پرهانتونی شهریور ۹۸- قطب شیراز)

الف سونوگرافی پستان و زیر بغل

ب ماموگرافی

ج آسپیراسیون سوزنی از توده ی FNA

د بیوپسی تروکات از توده ی CNB

۷ خانم ۳۰ ساله ای به علت توده در سینه ی چپ

مراجعه نموده است. در سونوگرافی کیست پستان با جزء Solid (توپر) گزارش شده است. اقدام بعدی چیست؟ (پرهانتونی شهریور ۹۸- قطب اصفهان)

الف ماموگرافی

ب MRI سینه

ج کور بیوپسی

د جراحی اکسیزینال

۸ خانم ۵۰ ساله ای با سابقه ی فامیلی مثبت

ماموگرافی شده که در ماموگرافی انجام شده میکروکلسیفیکاسیون گزارش شده ولی در معاینه ی توده ای لمس نمی شود و سونوگرافی انجام شده نیز نرمال گزارش شده است. مناسب ترین اقدام کدام است؟ (پرهانتونی دی ۹۷- میان دوره ی کشوری)

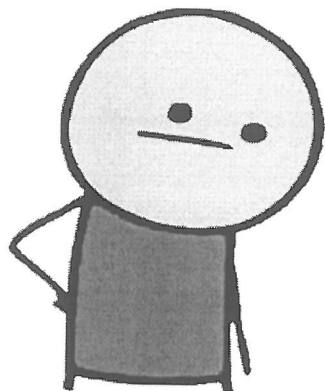
الف بیوپسی زیر گاید سونوگرافی

ب اطمینان دهی و ماموگرافی ۱ سال بعد

ج ماموگرافی ۶ ماه بعد

د بیوپسی استرنوتاکتیک زیر گاید ماموگرافی

سؤال	۵	۶	۷	۸
پاسخ	د	الف	ج	د



اگر نتایج بیوپسی با شواهد تصویر برداری همخوانی نداشت، برای اطمینان از «بیوپسی اکسیژنال یا باز یا همون جراحی» استفاده می‌کنیم. مثلاً ماموگرافی یا معاینه پستان به نفع بدخیمه ولی جواب بیوپسی سوزنی، خوش خیم اومده. پس هیچ وقت بدون انجام بیوپسی سوزنی، سراغ روش باز نمیریم.

### وضعیت های خوش خیم پستان

❖ **درد پستان:** علت زمینه‌ای درد پستان تحریک هورمونی بافت غددی آن است که به همین دلیل خانما قبل از قاعدگی، دوره‌ای از درد و تورم سینه‌ی دو طرفه رو ذکر می‌کنن که با درمان طبی رفع میشه. ولی اگر درد و تدرنس یک طرفه و مداوم بود، احتمال بدخیمی مطرح می‌شود و باید با ماموگرافی و سونوگرافی بررسی شود. کلاً در برخورد با درد پستان خوش خیم این اقدامات رو می‌تونیم انجام بدیم: کاهش مصرف کافئین، مصرف NSAID و کپسول روغن پامچال، قطع HRT در خانم‌های تحت HRT و استفاده از دانازول و تاموکسیفن در صورت شکست درمان‌های قبلی.

❖ **فیبروآدنوم:** یک توده‌ی گرد و متحرک با اندازه‌ی ۱ تا ۳ سانتی‌متر و قوام firm مخصوصاً در خانم‌های جوان است. فیبروآدنوم حاوی لوبول‌های طبیعی پستان است که در بارداری شیر تولید کرده و سریعاً رشد می‌کند که اندیکاسیون اکسیژون دارد. فیبروآدنوم پس از منوپوز پسرفت می‌کند. برای تشخیص می‌توان از FNA یا Core biopsy استفاده کرد. در خانم‌های جوان با فیبروآدنوم کوچک‌تر از ۳ سانتی‌متر اکسیژون جراحی اندیکاسیون ندارد. در فیبروآدنوم‌های خیلی بزرگ یا Giant باید با جراحی توده را خارج کنیم ولی قبل از اکسیژون باید یک بیوپسی سوزنی برای رد تومور فیلودس بگیریم و اگر فیلودس بود باید برای جلوگیری از عود، اکسیژون رو با حاشیه‌ی بیش‌تر و مطمئن انجام بدیم.

اندیکاسیون برداشتن توده‌های فیبروآدنومی رو یاد بگیر ☞ ① سایز توده‌ی بالای ۳ سانتی‌متر / ② تعداد توده‌های بیش از ۵ عدد / ③ سن بالای ۳۵ سال / ④ خطر بالای ابتلا به سرطان پستان مثلاً دارای سابقه‌ی شخصی و یا خانوادگی سرطان سینه. در غیر این صورت می‌توان به صورت دوره‌ای و مرتب بیمار را پیگیری کرد.

① خانم ۲۵ ساله‌ای بدون شکایت خاص و سابقه‌ی فامیلی، متوجه توده‌ای در پستان راست شده. سونوگرافی: توده ۲ cm \* ۱.۵ در کوادرنال فوقانی خارجی پستان راست با نمای خوش خیم. پاتولوژی در بیوپسی سوزنی: فیبروآدنوم. اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌اترنی شهرپور ۹۹- کشوری)

Ⓐ اطمینان دادن به بیمار و پیگیری

Ⓑ جراحی و اکسیژون توده

Ⓒ MRI پستان و تصمیم‌گیری بر اساس آن

Ⓓ بیوپسی انسیزینال

سؤال	۹			
پاسخ	الف			

❖ کیست پستان شایع‌ترین علت توده‌ی پستان در خانم‌های دهه‌ی ۴ و ۵ زندگی است که اندازه و میزان تندریشان با سیکل ماهانه تغییر می‌کند. همونطور که بالا گفتیم، برای بررسی هر توده‌ای اول از سونوگرافی استفاده می‌کنیم، که با توجه به نتایج سونو، دو نوع کیست داریم

① کیست ساده ➡ ضایعه‌ای با حدود مشخص و هایپواکو همراه با افزایش اکوی خلفی می‌بینیم که نیازی به بیوپسی نیست. ولی اگر کیست بزرگ یا علامت‌دار بود، باید آسپیراسیون (FNA) بکنیم. اگر مایع سبز یا زرد کم‌رنگ خارج شد، نیازی به بررسی سیتولوژیک ندارد.

② کیست کمپلکس با وجود اکوی داخلی یا جزء solid در کیست شناخته میشه که قبل از اکسیزیون باید ماموگرافی و سپس بیوپسی core needle انجام بدیم. خروج مایع سبز یا زرد کم‌رنگ نیازی به بررسی سیتولوژیک ندارد. علاوه بر این، در کیست‌های علامت‌دار و بزرگ، باید آسپیراسیون هم انجام بدیم.

❖ ترشح از نیپل: ترشحات مداوم، خودبخودی، از یک مجرا و خونی، پاتولوژیک تلقی می‌شوند که باید ترجیحاً با ماموگرافی بررسی شوند. اگر بدخیم نبود، اکسیزیون مجاری می‌تواند به تشخیص و درمان کمک کند. شایع‌ترین علت ترشح از نیپل داکتال اکتازی و شایع‌ترین علت ترشح خونی از نیپل، پاپیلوم اینتراداکتال خوش خیم است.

❖ پستان اریتماتو: سه تا از شایع‌ترین دلایل پستان گرم، متورم و قرمز رو یاد بگیر

❗ ماستیت معمولاً به دنبال شیردهی ایجاد می‌شود که شایع‌ترین علتش استاف و استرپتوکوک است. در برخورد با ماستیت سه کار می‌کنیم: ۱- تجویز آنتی‌بیوتیک مثل دیکلوکزاسیلین یا کلیندامایسین، ۲- قطع شیردهی از پستان درگیر و استفاده از پستان مقابل، ۳- تخلیه‌ی شیر پستان درگیر با پمپ.

❗ آبسه با درد خیلی شدید، تموج و گاهی دفورمیتی نیپل همراهی دارد. همچنین در خانم‌های غیرشیرده و خصوصاً در خانم‌های سیگاری، آبسه‌های رتروآرئولار عودکننده همراه با التهاب مزمن و تشکیل فیستول بین پوست و مجرا ممکن است ایجاد شود. درمان شامل آسپیراسیون مکرر و آنتی‌بیوتیک است. درمان فیستول مجرای پستانی و التهاب رتروآرئولار مزمن، شامل اکسیزیون مجرای ساب آرئولار و فیستول و تجویز آنتی‌بیوتیک با پوشش بی‌هوازی است. ❗ بدخیمی معمولاً دردناک نیست و بیش‌تر در خانم‌های منوپوز به صورت قرمزی منتشر با الگوی لنفانژیت از آرئول به سمت آگزایلا، لنفادنوپاتی، بزرگی و سنگینی پستان، نمای پوست پرتقالی، وجود توده و دفرمیتی نیپل ظاهر می‌شود. اگر یک قرمزی مثلاً ماستیت به درمان‌های لازم جواب نداد، باید حتماً با شک به بدخیمی، ازش بیوپسی بگیریم.

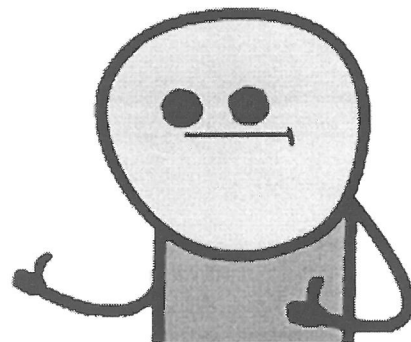
❶ خانم ۳۰ ساله‌ای به علت توده در سینه‌ی چپ مراجعه نموده است. در سونوگرافی کیست پستان با جزء Solid (توپر) گزارش شده است. اقدام بعدی چیست؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۸- قطب اصفهان)

الف) ماموگرافی

ب) MRI سینه

ج) کور بیوپسی

د) جراحی اکسیزیونال



❷ خانم جوانی یک هفته بعد زایمان دچار درد و تورم در پستان راست شده است. در معاینه اریتم، گرمی و تموج دارد. اقدام درمانی مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی شهرپور ۹۸- قطب تهران)

الف) آسپیراسیون + آنتی‌بیوتیک

ب) انسزیون و درناژ

ج) قطع شیردهی + آنتی‌بیوتیک

د) ادامه‌ی شیردهی + آنتی‌بیوتیک

سؤال	۱۰	۱۱		
پاسخ	ج	الف		



## پاسخ کانسر پستان

۱۲ در مورد Nipple discharge در یک خانم

۴۲ ساله، کدام گزینه کم‌تر به نفع پاتولوژی بدخیم زمینه‌ای است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶- میان‌دوره‌ی کشوری)

ا ترشح خونابه‌ای

ب ترشح خودبخودی

ج ترشح لوکالیزه به یک مجرای منفرد

د ترشح آبی مایل به سبز

کانسر پستان رو ممکنه به صورت یک توده‌ی اتفاقی در ماموگرافی ببینیم. دیگه کی به بدخیمی شک می‌کنیم؟ یه جمع‌بندی از اول فصل می‌گم

### ویژگی‌های مشکوک به بدخیمی در پستان

۱- توده‌ی سفت و نامنظم، ۲- ترشح فوئی، مداوم، فوری

و از یک مجرا، ۳- رترآکسیون، فشکی و زخم شدن نیپل، ۴-

ضفیف شرگی، تورم و کمرنگ شدن پوست پستان،

۵- میکروکلسیفیکاسیون در تصویربرداری



## پاسخ انواع بافت‌شناسی کنسر پستان

۱۳ خانم ۵۰ ساله و یائسه، با نمای التهاب و

اندوراسیون پوست پستان راست مراجعه کرده است. در ماموگرافی؛ افزایش ضخامت غیر قرینه در ناحیه‌ی فوق دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی آبان ۹۶- میان‌دوره‌ی کشوری)

ا حساسیت جلدی

ب سلولیت پستان

ج آبسه‌ی پستان

د کارسینوم التهابی

① سرطان داکتال درجا (DCIS) با نمای میکروکلسیفیکاسیون در ماموگرافی تشخیص داده می‌شود که معمولاً به صورت توده دیده نمی‌شود. گریدهای بالای بیماری و نوع کومدو با افزایش ریسک بدخیمی و عود همراهی دارند.

② کارسینوم داکتال انفیلتراتیو شایع‌ترین کانسر مهاجم پستان است و در معاینه به صورت توده‌ی سفت و نامنظم ظاهر می‌شود.

③ کارسینوم لوبولار انفیلتراتیو حاشیه‌ی نامنظم دارد، به سختی در ماموگرافی و معاینه تشخیص داده می‌شود و به صورت مولتی ستر در همان پستان و پستان سمت مقابل دیده می‌شود.

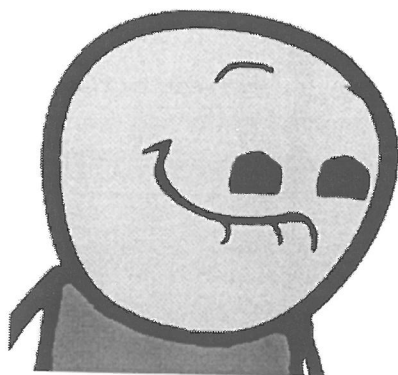
④ کارسینوم توبولار معمولاً در خانم‌های جوان‌تر دیده می‌شود و به علت تمایز خوبش، پیش‌آگهی بهتری هم دارد.

⑤ کارسینوم مدولاری مشخصه‌ی آن ارتشاح لنفوسیتی است و معمولاً با DCIS همراهی دارد. کارسینوم مدولاری با این که رشد سریعی دارد اما متاستاز کم‌تری به لنف نود می‌دهد و پیش‌آگهی بهتری نسبت به کارسینوم داکتال انفیلتراتیو دارد.

⑥ کارسینوم موسینوس یا کولوئید معمولاً در خانم‌های مسن دیده می‌شود و رشد آهسته و پروگنوز خوبی دارد.

⑦ کارسینوم پایپلاری حقیقی کم‌ترین شیوع را دارد و از نظر بافت‌شناسی به سختی از پایپلوم اینترداکتال افتراق داده می‌شود. همچنین رشد آهسته و پروگنوز خوبی دارد.

⑧ کارسینوم التهابی پستان به صورت اریتم، ادم و نمای پوست پرتقالی در پستان دیده می‌شود و پیش‌آگهی ضعیفی دارد.



سؤال	۱۲	۱۳		
پاسخ	د	د		

**پاسخ ۹** بیماری پازه نیپل با سوزش، خارش، درد نیپل و ضایعات آروزیو با پوسته‌ریزی و افزایش ضخامت پوست تظاهر می‌یابد و معمولاً (نه همیشه) با کانسر پستان زمینه‌ای همراهی دارد و با بیماری آلرژیک پوستی (جوش پوستی) اشتباه می‌شود. با شک به پازه، باید حتماً بیوپسی بگیریم. در کل هر تغییر پوستی در پستان مثل قرمزی، پوسته‌ریزی و غیره که به درمان‌های موضعی متنوع جواب نده و طولانی بشه رو باید با شک به بدخیمی و پازه، بیوپسی کنیم.

شایع‌ترین مکان‌های متاستاز کانسر پستان، استخوان، ریه، کبد و مغز است. خطر گسترش کانسر پستان به سائز کانسر و درگیری لنف نودها بستگی دارد. **لله** پروگنوز کانسر پستان به درگیری لنف نودهای آگزیلاری (مهم‌ترین فاکتور)، سائز تومور، وضعیت رسیپتور استروژن، HER2 و وضعیت ژنومیک تومور بستگی دارد. رسیپتور Her2 neu مثبت، نشانه‌ی پروگنوز ضعیف‌تر ولی پاسخ بهتر به داروی هرسپتین است.

### پاسخ ۷ درمان کانسر پستان

**۱ جراحی:** در DCIS های کوچک‌تر از ۴ سانتی‌متر باید لامپکتومی و رادیوتراپی کنیم ولی اگر این چهار حالت بود، باید ماستکتومی رو انتخاب کنیم: ۱- عدم امکان یا تمایل برای انجام رادیوتراپی بعد از عمل، ۲- درگیری لنفاتیک پوستی، ۳- تومور منتشر یا مالتیپل، ۴- نگرانی مریض از زشت شدن! **لله** قبل از جراحی باید لنف‌نودها رو هم بررسی کنیم، که روش استاندارد آن، بیوپسی لنف‌نود سنتینل است. منظور از بیوپسی لنف‌نود سنتینل، برداشتن اولین لنف‌نود درناژ کننده در مسیر تومور است. اگر لنف نود نگهبان (سنتینل) و یا لنف نود آگزیلاری درگیر بود، باید دایسکشن لنف نود آگزیلاری هم انجام بدیم، در غیر این صورت، نیاز به دایسکشن لنف‌نود نیست. **لله** پستان از نظر لنفاتیک عمدتاً به ناحیه‌ی آگزیل و اندکی هم به زنجیره‌ی پستانی داخلی تخلیه می‌شود.

**۲ رادیوتراپی:** باید سه مطلب رو ازش بلد باشیم:

**✍** کنتراندیکاسیون مطلق رادیوتراپی **☞** بارداری و رادیوتراپی قبلی در همان ناحیه.  
**✍** کنتراندیکاسیون نسبی رادیوتراپی **☞** بیماری ریوی، کاردیومیوپاتی، واسکولیت، عدم توانایی دراز کشیدن و رادیوتراپی قبلی در همان ناحیه به صورت عمومی.  
**✍** تو این پنج حالت، ای بگی نگی، رادیوتراپی زیاد دلچسب نیست و میشه ازش صرف‌نظر کرد **☞**

**۱۴** خانم ۴۵ ساله‌ای اظهار می‌دارد از حدود ۲ ماه قبل بعد از شنا در استخر آلوده دچار خارش و پوسته‌ریزی از نوک پستان چپ شده است و تاکنون با چند نوع پماد تحت درمان قرار گرفته و بهتر نشده است. معاینه‌ی پستان نرمال و فقط قرمزی و تورم و پوسته‌ریزی نوک پستان مشهود است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب شیراز)

**الف** ماموگرافی و بیوپسی از نوک پستان

**ب** درمان موضعی با پماد استروئیدی

**ج** مصرف آنتی‌بیوتیک سیستمیک

**د** مصرف داروهای ضد قارچ

**۱۵** بیمار خانمی است ۳۵ ساله که با توده‌ی پستان چپ مراجعه نموده است. در ماموگرافی و سونوگرافی تومور با اندازه‌ی سه سانتی‌متر ملاحظه می‌شود و معاینه‌ی آگزیل‌نرمال است. بیوپسی تروکات موید کارسینوم داکتال درجا DCIS است، درمان مناسب کدام است؟ (تألیفی از پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب شیراز)

**الف** ماستکتومی و بیوپسی سنتینل

**ب** ماستکتومی رادیکال مدیفیه MRM

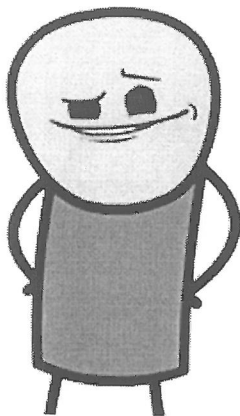
**ج** کوادرانتکتومی

**د** لامپکتومی و بیوپسی سنتینل

کرد ☞

سؤال	۱۴	۱۵		
پاسخ	الف	د		





۱- مثبت شدن رسپتور استروژن، ۲- عدم درگیری لنف نود آگزیلاری، ۳- برداشتن کامل تومور، ۴- سایز تومور کمتر از ۲ سانتی متر، ۵- سن بالای ۶۵ سال.

③ **هورمون تراپی:** پس از جراحی و تکمیل کمورادیوتراپی می توان از تاموکسیفن به عنوان آگونیست استروژن در استخوان و آنتاگونیست استروژن در پستان استفاده کرد. تاموکسیفن در پیشگیری از بروز کانسر پستان در خانم های پرخطر هم مفید است، اما پس از پنج سال فایده درمانی ندارد. مهارکننده های آروماتاز (لتروزول، آناستروزول و آگزمستان) را هم می توان به عنوان جایگزین یا مکمل تاموکسیفن استفاده کرد.

④ **کموتراپی** رو در درگیری لنف نود و تومور با سایز بزرگ تر از ۱ سانتی متر تجویز می کنیم.

لله درمان کانسر پستان در مردان مشابه خانم ها و درمان استاندارد ماستکتومی است. **پیگیری بیمار مبتلا به کانسر پستان:** در صورت انجام رادیوتراپی و لامپکتومی شش ماه بعد باید ماموگرافی دوطرفه انجام و سپس سالیانه تکرار شود ولی پس از ماستکتومی، ماموگرافی سالیانه سمت مقابل توصیه می شود. همچنین انجام معاینه ی فیزیکی هر ۳ تا ۶ ماه به مدت سه سال و سپس سالیانه توصیه می شود.

**برخورد با عود کانسر پستان** چهار حالت داره: ۱- اگر بعد از لامپکتومی عود کرد، ماستکتومی بکن، ۲- اگر بعد از ماستکتومی عود کرد، توده را با اکسیزیون جراحی خارج و رادیوتراپی بکن، ۳- اگر در بیمار بدون سابقه ی رادیوتراپی عود کرد، لامپکتومی و رادیوتراپی رو با هم انجام بده، ۴- در عود زودرس هم کموتراپی سیستمیک انجام بده.

**برخورد با متاستاز کانسر پستان** درمان متاستاز کلاً شیمی درمانی است. در صورت متاستاز به مغز، رادیوتراپی و در متاستاز استخوان، رادیوتراپی به همراه فیکساسیون جراحی و در متاستاز دردناک استخوان، بیس فسفونات و Strontium رادیواکتیو استفاده می شود.

تست تمرینی بی هبرانه منتظرته.

تنها بنایی که اگر بلرز، مکلم تر می شود؛ دل است!

دل آدمی زار را باید مثل انار پلانش، تا شیرهاش در بیاید...

«من او»

«رضا امیرقانی»

①۶ خانمی ۴۵ ساله ای به علت ندول های پوستانی قسمت

فوقانی پستان و روی کلاویکل به کلینیک مراجعه کرده است. یک سال قبل، بیمار تحت لامپکتومی و بیوپسی قرار گرفته که گزارش آن به این شرح است:

Invasive ductal carcinoma stage 2A, ER+, HER2/neu -

بیمار تحت یک دوره ی کامل رادیوتراپی و سپس چهار

دوره کموتراپی با تاموکسیفن قرار گرفته است. در حال

حاضر بیوپسی روی ندول کلاویکل، کانسر متاستاتیک

پستان گزارش شده است. بهترین درمان، کدام است؟

(بانک سؤال لارنس ۲۰۱۳)

ا) مهارکننده ی آروماتاز

ب) کموتراپی سیتونوکسیک

ج) ماستکتومی فوری

د) رادیوتراپی ناحیه ی درگیر

سؤال	۱۶			
پاسخ	ب			

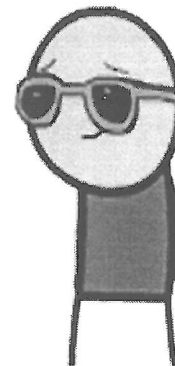
عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
برای غدد درون‌ریز	۱۰	۱۳۷

### آنانومی غده‌ی تیروئید

تیروئید توسط شریان‌های تیروئیدی فوقانی (از کاروتید خارجی) و تحتانی (از تنه‌ی تیروسرویکال) خون‌رسانی می‌شود. تیروئید دارای سلول‌های فولیکولی که ترشح‌کننده‌ی T3 و T4 و سلول پارافولیکولر (سلول C) ترشح‌کننده‌ی کلسی‌تونین است.

### ندول تیروئید

ندول تیروئید یکی از تظاهرات شایع سرطان است. این پنج ویژگی، امکان بدخیمی ندول را افزایش می‌دهند: ۱- سن پایین، ۲- نشانه‌های تهاجم موضعی مثل درد، فشار، خشونت صدا، ۳- رشد سریع ندول، ۴- سابقه‌ی خانوادگی کنسر تیروئید یا سندرم‌های بدخیم مثل MEN2 یا پولیپوز آدنوماتوز خانوادگی، ۵- سابقه‌ی رادیاسیون. در صورت وجود علائم تهاجم موضعی، باید حتماً بیمار رو با لارنگوسکوپی مستقیم یا غیرمستقیم بررسی کنیم.



### برخورد با ندول و توده‌ی قابل لمس تیروئید

در برخورد با هر توده‌ی تیروئید اول باید TSH و سونوگرافی درخواست کنیم، که دو حالت دارد:

❖ TSH پایین ☞ اسکن هسته‌ای تیروئید بگیر؛ اگر جذبش بالا بود با شک به هایپر تیروئیدی آشکار یا تحت‌بالینی، T3 و سطح آزاد T4 رو چک کن. ولی اگر اسکن منفی و non-functional بود، همیشه با اطمینان گفت خوش‌خیمه، پس برو سراغ سونوگرافی.

❖ TSH نرمال یا بالا ☞ اگر طبق ویژگی‌های سونو مشکوک بود، برو سراغ FNA؛ از من یادت باشه کلاً هر جا تو گزینه‌ها TSH و سونو نداشتی، لااقل FNA بکن. حالا باید نتایج مختلف سیتولوژی و برخورد با اونارو یاد بگیریم:

❖ طبقه‌بندی سیتولوژی: ندول تیروئید طبق تقسیم‌بندی Bethesda از نظر سیتولوژی و ریسک بدخیمی به شش (I تا VI) گروه تقسیم میشه:

✍ غیرتشخیصی (I): دومین سیتولوژی شایع است و ۵ تا ۱۰٪ احتمال بدخیمی دارد ☞ باید FNA رو زیر گاید سونو ۴ تا ۶ هفته بعد تکرار کنی و اگر دوباره هم غیرتشخیصی بود؛ بیمار رو ترجیحاً لوبکتومی کن یا تحت نظر بگیر.

- خانم ۳۰ ساله‌ای با ندول ۲ سانتی‌متر لوب راست تیروئید مراجعه کرده است. بیماری هیچ علامتی ندارد و به صورت اتفاقی توده‌ی فوق را پیدا کرده است. اقدام مناسب کدام است؟ (تألیفی از پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)
- پیگیری ۳ ماه بعد
- انجام تست CBC
- انجام FNA
- جراحی تیروئید

سؤال	۱
پاسخ	ج



خوش خیم (II) شایع ترین سیتولوژی است و کم ترین احتمال بدخیمی (صفر تا ۳٪) را دارد، مثل آدنوم کلوئیدی، ندول هایپرپلاستیک یا تیروئیدیت هاشیموتو ☞ دارو یا جراحی لازم نیست، فقط ۱۲ و ۲۴ ماه بعد سونو رو تکرار می کنیم و در صورت تغییر یا افزایش سایز، مجدداً FNA می گیریم.

مشکوک به بدخیمی (V با ۵۰ تا ۵۷٪ احتمال بدخیمی) و بدخیمی (VI با ۹۰ تا ۹۷٪ احتمال بدخیمی) ☞ درجا جراحی کن.

انواع حدواسط یا Intermediate ☞ باید FNA رو تکرار کنیم و اگر نتیجه همون اومد، دو راه داریم: ۱- تست مولکولی (روش ارجح) مثل آنالیز موتاسیون، ۲- لوپکتومی تیروئید: اگر اولی ممکن نبود، دو نوع سیتولوژی تو این گروه حدواسط قرار می گیرن ☞

آتیپی (AUS) یا توده ی فولیکولار (FLUS) با اهمیت نامشخص: نوع IV و دارای ۱۰ تا ۳۰٪ احتمال بدخیمی است.

نئوپلاسم فولیکولار یا توده ی مشکوک به آن: یعنی آدنوم میکروفولیکولار که معادل نوع IV و دارای ۲۵ تا ۴۰٪ احتمال بدخیمی است. تو این حالت قبل از تست مولکولی یا جراحی، می تونیم یه اسکن هسته ای تیروئید بگیریم. اگر جذبش بالا و فاندکشنال بود، میره جزء توده های خوشخیم؛ اینطوری تو هزینه و عمل هم صرفه جویی می کنیم ☺

اگر بیماری سابقه ی رادیاسیون یا سندرم خانوادگی بدخیمی مثل MEN داشت، تو همون آزمایشات اولیه، سطح سرمی کلسیم هم چک می کنیم.

### پرکاری تیروئید

علل شایع پرکاری تیروئید عبارتند از: گریوز (شایع ترین علت)، آدنوم توکسیک و گواتر مولتی ندولر. برای افتراق آنها از اسکن رادیونوکلئوتید استفاده می کنیم:

① بزرگ شدن منتشر و قرینه ی غده همراه با افزایش جذب یک دست و بدون ندول ☞ گریوز

② ندول منفرد با افزایش جذب در زمینه ی کاهش جذب بقیه ی قسمت های غده ی تیروئید ☞ آدنوم توکسیک

③ ندول های منتشر با جذب هتروژن ☞ گواتر مولتی ندولر. حالا دونه دونه

بخو نیمش.

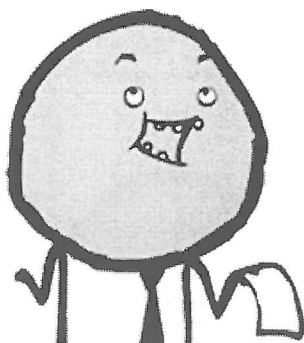
۷ در خانم ۵۰ ساله ای که به علت ندول در لوب راست تیروئید تحت آسپیراسیون با سوزن ظریف (FNAB) قرار گرفته است، (AUS Atypia of unknown significans) گزارش شده است و در معاینه ی بالینی و سونوگرافی، نکته ی مثبت دیگری ندارد. اقدام بعدی چیست؟ (پره انترنی شهرپور ۹۸- قطب اصفهان)

تکرار بیوپسی سوزنی

لوپکتومی طرف راست تیروئید

تیروئیدکتومی توتال

اقدام خاصی لازم نیست



سؤال	۲			
پاسخ	الف			

### بیماری گریوز

گریوز به علت تحریک بیش از اندازه‌ی رسیپتورهای TSH توسط آنتی‌بادی رسیپتور تیروتروپین (TRAb) در تیروئید (باعث بزرگی منتشر تیروئید شده) و بافت‌های رترواوربیتال ایجاد می‌شود که تظاهرات شایع آن عبارت است از: تاکی کاردی، ترمور، کاهش وزن، عدم تحمل گرما، پری‌تیبیال میگزدم، عوارض قلبی و اگزوفتالموس.

**درمان گریوز** ۱- بلوک مدیکال هورمون و اثرات آن با تیونامیدها مثل پروپیلتیواوراسیل (PTU) و متی‌مازول، ۲- از بین بردن بافت تیروئید فعال با ید رادیواکتیو، ۳- درمان قطعی که تیروئیدکتومی ترجیحاً توتال است، ۴- درمان موضعی یا سیستمیک با کورتیزول یا پرتودرمانی برای درمان اگزوفتالموس. داروهایی مثل پروپرانولول و دیگر بتابلاکرها هم می‌توانند با اختلال در تبدیل T4 به T3 در کنار ید، به سرکوب تیروئید به صورت موقت کمک کنند.

**نکته** اندیکاسیون‌های تیروئیدکتومی در گریوز رو یاد بگیر: ۱- بیمار باردار یا خانمی که ظرف یک سال از درمان می‌خواهد باردار شود، ۲- نداشتن کمپلیانس مصرف داروهای ضد تیروئید و پیگیری‌های لازم، ۳- حساسیت به ید حساسیت یا داروهای ضد تیروئیدی، ۴- عدم پذیرش ید، ۵- وجود هایپر تیروئیدی و یا افتالموپاتی شدید و یا گواتر یا ندول بزرگ تیروئیدی.

**نکته** البته اگزوفتالموس و میگزدم پری‌تیبیال بیمار گریوز به هیچ‌کدام از این درمان‌ها جواب نمی‌دهد و در موارد شدید باید از کورتیزول سیستمیک یا موضعی و یا رادیاسیون استفاده کنیم.

### آدنوم توکسیک

آدنوم توکسیک هم با هایپر تیروئیدی و علائمی مشابه گریوز (بجز افتالموپاتی) همراه است. آدنوم با سطح بالای T3 و T4 و کاهش TSH در کنار یک تیروئید کوچک یا طبیعی یا یک ندول قابل لمس و فانکشنال در اسکن تیروئید مشخص می‌شود، که درمانش مشابه گریوز است.

### کارسینوم تیروئید

کارسینوم‌های تیروئید سه منشأ دارند: ۱- از سلول‌های فولیکولار مثل انواع پاپیلاری و فولیکولار، ۲- از سلول‌های پارافولیکولار مثل کارسینوم مدولاری. ۳- از سلول‌های لنفوئید مثل لنفوم تیروئید.

۲ خانم ۵۰ ساله، به علت بی‌قراری، کاهش وزن و طپش قلب به کلینیک مراجعه کرده است. سابقه‌ی بیماری خاص یا مصرف دارو را نمی‌دهد. در معاینه ترمور، تاکی کاردی و اگزوفتالمی خفیف دارد. تیروئید به صورت هموژن بزرگ شده است. TSH کاهش و T3 و T4 افزایش یافته است. بهترین اقدام در این مرحله کدام است؟ (بانک سوال لارنس ۲۰۱۳)

الف) ید رادیواکتیو

ب) جراحی زودرس

ج) پروپرانولول

د) تجویز آنتی تیروئید

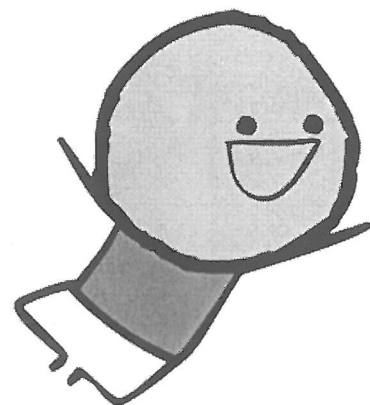
۴ بیمار آقای ۳۵ ساله‌ای با تشخیص گریوز از درمانگاه غدد به درمانگاه جراحی ارجاع داده شده است در معاینه افتالموپاتی شدید دارد. جهت بیمار کدام اقدام صحیح‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب تبریز)

الف) تجویز ید رادیواکتیو

ب) توتال تیروئیدکتومی

ج) ساب توتال تیروئیدکتومی

د) درمان با متی‌مازول



سؤال	۳	۴	
پاسخ	د	ب	



۵ خانمی ۳۰ ساله با شکایت از ندول تیروئید مراجعه

هیستوری از رادیاسیون به گردن در ۱۰ سال قبل ذکر می‌کند. FNA می‌شود و در جواب بدخیمی گزارش می‌شود. محتمل‌ترین پاتولوژی کدام است؟ (پره‌انترنی

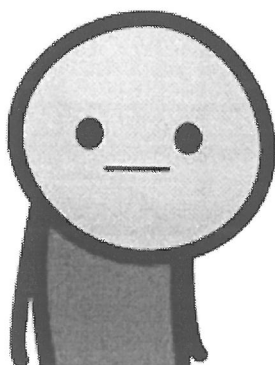
شهریور ۹۴- قطب مشهد)

فولیکولار

پاپیلاری

لنفوم

مدولاری



۶ بیمار ۵۳ ساله‌ای با شکایت کمردرد (LBP) مراجعه

کرده است. در بررسی‌های تشخیصی ضایعات مهره‌های کمری مشاهده شده است که در اسکن ید رادیواکتیو دارای جذب است. در بیوپسی تحت گاید، کانسر پاپیلری با منشأ تیروئید تأیید می‌گردد. اقدام مناسب درمانی بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

جراحی توتال تیروئیدکتومی

درمان با ید رادیواکتیو

رادیوترابی مهره‌های کمری

شیمی‌درمانی

۷ کارسینوم پاپیلاری شایع‌ترین بدخیمی تیروئید که رشد آرام و پیش‌آگهی

خوبی دارد. کارسینوم پاپیلاری با اجسام ساموما (Psammoma bodies) یا همون لایه‌های متحدالمرکز کلسیم به شکل ساقه‌ای مشخص می‌شود. جنس مذکر، سن بالای ۵۵ سال، تومور اولیه بزرگ‌تر از ۴ سانتی‌متر، تعداد کم سلول‌های تمایز یافته و تهاجم موضعی یا متاستاز دور دست پروگنوز بیمار را ضعیف می‌کنند.

۸ کارسینوم فولیکولار ظاهری یکنواخت و در بررسی سیتولوژیک مشابه با آدنوم فولیکولار دارند و فقط به واسطه‌ی وجود تهاجم کپسولار و واسکولار از آن‌ها افتراق داده می‌شوند. شاخص‌های پروگنوز ضعیف در نوع فولیکولار عبارتند از: سن بالای ۵۵ سال، تهاجم موضعی و متاستاز دوردست.

۹ کارسینوم مدولاری از سلول‌های پارافولیکولار منشأ گرفته است. مدولاری در ۲۰٪ موارد با کارسینوم مدولاری فامیلیال یا سندرم MEN مرتبط است که در این صورت در هر دو لوب تیروئید دیده می‌شود. این توده کلاً پروگنوز ضعیفی دارد و با سطوح افزایش یافته‌ی کلسی‌تونین سرمی و CEA مشخص می‌شود. همچنین باید موتاسیون RET را جهت رد فتوکروموسیتوم، بررسی کنیم.

۱۰ درمان کارسینوم تیروئید

درمان انتخابی برای فولیکولار و پاپیلاری کارسینومای لوکالیزه، جراحی و بعد یدتراپی (سرکوب تیروئید) است، مگر در موارد تومور آناپلاستیک و لنفوم. کانسر پاپیلاری تمایل زیادی به درگیری لنفونوهای ناحیه‌ای دارد، در نتیجه قبل از جراحی باید سونوگرافی برای بررسی آن‌ها انجام شود. متاستاز دوردست هر دو به ریه و استخوان است. پس در ضایعات بالای ۱ cm، تیروئیدکتومی (برای کاهش جذب ید رادیواکتیو در تیروئید) و سپس ید رادیواکتیو جهت از بین بردن متاستاز یا تومور باقی‌مانده و در صورت درگیری لنفونود، رزکشن نودهای درگیر را توصیه می‌کنیم.

درمان کانسر مدولاری هم توتال تیروئیدکتومی و دایسکشن لنفونوهای مرکزی است.

۱۱ وجود بافت تیروئید در یک نمونه‌ی بافتی به غیر از تیروئید، نشان‌دهنده‌ی متاستاز از غده‌ی تیروئید است، پس درمان انتخابی در این مورد، توتال تیروئیدکتومی و دایسکشن لنف نودهای درگیر است.

سؤال	۵	۶	
پاسخ	ب	الف	



### پاسخ تومورهای گره‌های تیروئیدی

کارسینوم مدولاری، تنها سرطان تیروئیدی است که تومور مارکر قابل اندازه‌گیری و قطعی در سرم دارد؛ یعنی کلسی‌تونین. سطح تیروگلوبین، می‌تواند در پاپیلاری و فولیکولار کارسینوما و بیماری‌های خوش‌خیم زیاد شود، اما زیاد دقیق و قابل اعتماد نیست.

### غدد پاراتیروئید

ترشح هورمون PTH از غده‌ی پاراتیروئید، با هاپیوکلسمی تحریک و با هاپیرکلسمی و هاپیومنیزیمی شدید مهار می‌شود.

### پاسخ هاپیرپاراتیروئیدیسم

شایع‌ترین علت هاپیرکلسمی در بیماران سرپایی، هاپیرپاراتیروئیدیسم اولیه و در بیماران بستری، بدخیمی است.

❶ هاپیرپاراتیروئیدیسم اولیه به دنبال یک پاتولوژی در خود غدد پاراتیروئید مثل آدنوم، هاپیرپلازی و یا کارسینوم پاراتیروئید ایجاد می‌شود.

❷ شواهد بالینی و آزمایشگاهی هاپیرپاراتیروئیدیسم اولیه ☞ کلسیم و PTH بالا، فسفات پایین، عملکرد کلیوی نرمال + سنگ‌های مجاری ادراری، بیماری‌های استخوانی، دردهای شکمی ناشی از پپتیک اولسر و پانکراتیت، دردهای منتشر مفاصل و عضلات، افسردگی و تشدید سایکوز.

❸ هاپیرپاراتیروئیدیسم ثانویه، هاپیرپلازی غدد پاراتیروئید به دنبال هاپیوکلسمی ناشی از کمبود ویتامین D است که با سطوح بالای فسفات و PTH و سطح نرمال کلسیم مشخص می‌شود.

❹ هاپیرپاراتیروئیدیسم ثالثیه: شرایطی است که در آن یک یا چند غده‌ی هاپیرپلاستیک در یک بیمار مبتلا به هاپیرپارا ثانویه به یک تولید کننده‌ی اتونوم تبدیل شده و مانند یک هاپیرپاراتیروئیدیسم اولیه رفتار می‌کند.

❺ سه علت دیگه رو هم برای هاپیرکلسمی همراه با افزایش PTH یاد بگیر ☞ کمبود ویتامین D، لیتیم‌تراپی و هاپیوکلسمی هاپیرکلسمیک فامیلیال یا FHH که با نسبت کلیرانس کلسیم به کراتینین کمتر از ۰.۰۵، کلسیم زیر ۱۰۰ میلی‌گرم در ادرار ۲۴ ساعته و سابقه‌ی خانوادگی هاپیرکلسمی مشخص می‌شود. ❻ بدخیمی‌ها مانند سندرم‌های نئوپلاستیک (شایع‌ترین آن‌ها SCC ریه) نیز از علل دیگه هاپیرکلسمی است که با سطوح پایین PTH و سطوح بالای PTHrp (پروتئین مربوط به PTH) مشخص می‌شوند.

۷ در کدامیک از کانسره‌های تیروئید کلسی‌تونین به عنوان تومورمارکر استفاده می‌شوند؟  
(پره‌انترنی خرداد ۹۸ - میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) مدولاری

ب) پاپیلاری

ج) هر تِل سل

د) آناپلاستیک

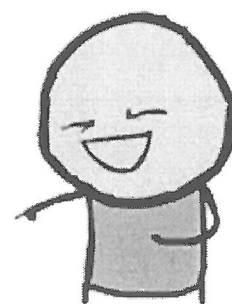
۸ تمام گزینه‌های زیر جزء علائم هپیرپاراتیروئیدیسم اولیه هستند بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۵ - قطب آزاد)

الف) سنگ‌های کلیوی

ب) دردهای استخوانی و دردهای شکمی

ج) خستگی و بی‌حالی و علائم روحی

د) تاکیکاردی



سؤال	۷	۸	
پاسخ	الف	د	



درمان‌های اولیه‌ی هیپرکلسمی حاد و شدید شامل انفوزیون سالین در حجم زیاد، دیورتیک‌های لوپ (فورزماید)، بیس فسفونات‌ها و کلسی‌تونین، مکمل‌های ویتامین D و سیناکالست است. جراحی رو در تمام بیماران زیر ۵۰ سال دارای یکی از این هشت ویژگی توصیه می‌کنیم ۹

۱- سنگ کلیوی، ۲- Osteitis fibrosa cystica، ۳- کلسیم سرم بالای ۱۱.۲ یا ۱ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بالای رنج نرمال، ۴- هایپرکلسیوری بالای ۴۰۰ میلی‌گرم در روز، ۵- T Score زیر ۲.۵ در BMD، ۶- کاهش کلیرانس کراتینین (۳۰ درصد)، ۷- داشتن شرح حالی از ایزودهای هایپرکلسمی شدید و تهدید کننده‌ی حیات، ۸- علائم عصبی عضلانی مثل ضعف پروگزیمال، آتروفی، هایپررفلکسی و مشکل در راه رفتن. برای پیگیری باید کراتینین سرم، هر شش ماه کلسیم سرم و هر سال دانسیته‌ی استخوان را اندازه‌گیری کنیم.

## غدد آدرنال

### سندرم و بیماری کوشینگ

به وجود علائم و نشانه‌های هایپرکورتیزولیسم سندرم کوشینگ گفته می‌شود، مثل: چاقی تنه‌ای، هایپرتنشن، دیابت، ضعف، استریاهای ارغوانی، هیرسوتیسم، صورت گرد، کوهان بوفالو، اختلالات قاعدگی و آکنه. اگر علت این علائم آدنوم افزایش ترشح ACTH در سلول‌های بازوفیل هیپوفیز بود، به آن بیماری کوشینگ (شایع‌ترین علت سندرم کوشینگ) اطلاق می‌شود. سندرم کوشینگ می‌تواند مستقل از ACTH (ناشی از مصرف کورتیکواستروئید اگزوزن و تومورهای آدرنو کورتیکال) و وابسته به ACTH (می‌تواند ناشی از ترشح زیاد CRH از هیپوتالاموس، آدنوم هیپوفیز و تومورهای تولیدکننده‌ی ACTH در خارج هیپوفیز مانند SCC ریه) ایجاد شود.

برای تشخیص کوشینگ اول باید افزایش کورتیزول را تأیید کنیم؛ با کورتیزول ادرار، بزاقی و یا تست مهاری شبانه. بعد نوع کوشینگ را با بررسی ACTH، مشخص کنیم؛ ۱- ACTH پایین‌تر از ۵: با شک به تومور آدرنال، CT اسکن یا MRI شکمی بگیر/ ۲- ACTH بالا با شک به تومور هیپوفیز، MRI مغزی بگیر/ ۳- اگر به تشخیص نرسیدی، از سینوس پتروزال تحتانی (IPSS) نمونه بگیر.

درمان کوشینگ با توجه به شرایط متفاوت است: ۱- کنترل بیماری با داروهای مهارکننده‌ی بیوسنتز استروئید مانند متیراپون، ۲- جراحی ترانس اسفنوئیدال (TSS) در آدنوم هیپوفیز، ۳- آدرنالکتومی یک طرفه‌ی لاپاراسکوپیک در آدنومای آدرنال، ۴- آدرنالکتومی باز یک طرفه در کارسینوم کورتکس آدرنال، ۵- آدرنالکتومی لاپاروسکوپیک دو طرفه در هایپرپلازی اولیه‌ی آدرنال و آدنوماهای دو طرفه.

۱ خانم ۳۵ ساله‌ای با کاهش وزن (بخصوص در اندام‌ها)، رویش موی غیرطبیعی به کلینیک مراجعه کرده است. اشتها و میزان فعالیت وی تغییری نکره است. چاقی تنه‌ای و هیرسوتیسم و قاعدگی نامنظم دارد. شایع‌ترین علت اولیه‌ی علائم وی کدام است؟ (بانک سوال لارنس ۲۰۱۳)

الف سلول‌های بازوفیل هیپوفیز

ب سلول‌های انتروکرومافین پولمونری

ج مدولای آدرنال

د کورتکس آدرنال

سؤال	۹
پاسخ	الف

## توده‌ی تصادفی آدرنال

توده‌ی آدرنالی که تصادفی پیداش کردیم رو باید از دو نظر بررسی کنیم:

۱- ارزیابی فعالیت هورمونی توده با تست مهاری دگزامتازون برای بررسی سندرم کوشینگ ساب‌کلینیکال. در بیمار مبتلا به دیابت، هایپرنتشن، چاقی یا استئوپروز از ترکیبی تست‌های کورتیزول بزاقی، آزاد ادرار و تست مهاری دگزامتازون استفاده می‌کنیم.

۲- بررسی رادیولوژیک توده از نظر بدخیمی با CT اسکن:

❗ ضایعه‌ی زیر ۴ سانتی‌متر، با حاشیه‌ی هتروژن و منظم ☞ بیمار رو از نظر اختلال هورمونی بررسی کن و اگر اختلالی نداشت، فقط پیگیری کن ولی اگر مختل بود، احتمالاً باید آدرنالکتومی کنیم.

❗ ضایعه‌ی بیش‌تر یا مساوی ۴ سانتی‌متر و ویژگی نامشخص و مرتبط با بدخیمی ☞ با شک بالا به بدخیمی اول هورموناش رو چک کن و بعد برای رزکشن جراحی بیرش اتاق عمل.

📌 منظور از پیگیری چیه؟

۱- تست‌های رادیوگرافی ۳ تا ۶ ماه پس از تشخیص اولیه و سپس سالانه به مدت یک تا دو سال،

۲- ارزیابی اختلالات هورمونی در زمان تشخیص و سپس سالانه به مدت ۵ سال.

## کارسینوم کورتکس آدرنال (ACC)

ویژگی‌های کارسینوم کورتکس آدرنال رو یاد بگیر:

🔪 ویژگی ظاهری تومور ☞ تومورهای بزرگ و بالای ۶ سانتی‌متر، کپسول‌دار، شکنده، دارای نکروز و هموراژی مرکزی، معمولاً یک طرفه و در سمت چپ.

🔪 شواهد بالینی تومور ☞ در زنان (شایع‌تر) با علائم مردانه مشخص میشه مثل هیرسوتیسم، ریزش موی ناحیه‌ی تمپورال، افزایش توده‌ی عضلانی، آمنوره. در مردان با علائم زنانه مشخص میشه مثل ژنیکوماستی، آتروفی بیضه، ناتوانی و کاهش میل جنسی.

CT اسکن تصویربرداری انتخابی و درمان انتخابی اکسیزیون جراحی تومور و جایگزینی کورتیکواستروئید پس از آن است. اگر که تومور Low grade باشد باید هر سه تا شش ماه با تصویربرداری پیگیری کنیم ولی اگر High grade بود، علاوه بر پیگیری هر سه تا شش ماه، رادیوتراپی و شیمی‌درمانی هم باید انجام بدیم.

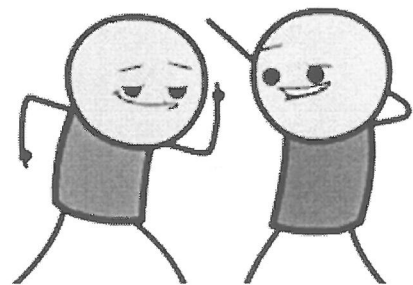
۱۰ خانم ۵۰ ساله‌ای جهت پیگیری سنگ کلیه سونوگرافی شکم انجام داده است و توده‌ای ۳ cm در آدرنال راست گزارش شده است CT اسکن نیز توده را با همان اندازه گزارش کرده است. در صورتی که بررسی‌های آزمایشگاهی کاملاً نرمال باشد شما چه توصیه‌ای به وی می‌کنید؟ (بره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب شیراز)

📌 اقدام خاصی نیاز ندارد.

📌 تکرار سونوگرافی یا CT اسکن ۶ ماه بعد

📌 آدرنالکتومی لاپاراسکوپیک

📌 آدرنالکتومی باز



سؤال	۱۰
پاسخ	ب





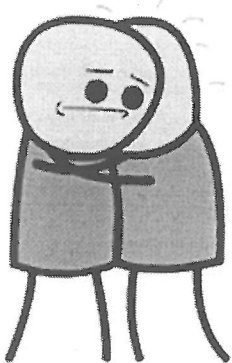
## فئوکروموسیتوما

فئوکروموسیتوما توموری از جنس سلول‌های کرومافین مدولای آدرنال (احتمال بدخیمی = ۱۰٪) است که اپی نفرین و نوراپی نفرین تولید می‌کند.

شواهد بالینی فئوکروموسیتوم ☞ فئو با حملات کوتاه مدت (۱۵ دقیقه) فشارخون بالا به همراه تغییرات ناگهانی‌ای از جمله تپش قلب، سردرد و تعریق ناگهانی، اضطراب شدید، کاهش وزن، یبوست، رنگ پریدگی، گرگرفتگی و تعریق مشخص می‌شود که این حملات معمولاً به دنبال محرکی مثل تروما، فعالیت فیزیکی، زورزدن، تغییر وضعیت، مصرف الکل، ادرار کردن، حاملگی و سیگار کشیدن بروز می‌کند.

تشخیص فئوکروموسیتوم در مرحله‌ی اول با بالا بودن سطح نورمتانفرین پلاسما و نسبت متانفرین به نورمتانفرین پلاسما زیر ۰.۲ گذاشته می‌شود که در ادامه باید با تصویربرداری‌ای مثل سی‌تی اسکن و MRI با تمرکز بر آدرنال بررسی شود.

درمان قطعی فئوکروموسیتوم جراحی و رزکشن تومور با آدرنالکتومی لاپاروسکوپیک است. ولی قبل از جراحی باید با تجویز آلفا بلاکر (فنوکسی بنزامین)، مایع‌درمانی و در صورت وجود تاکی‌کاردی ۱۰ روز قبل از عمل با بتا بلاکر بیمار را پایدار کنیم.



## سندرم‌های نئوپلازی اندوکرین چندگانه (MEN)

توموری اتوزوم غالب است که سه نوع دارد: MEN-1 (درگیری پاراتیروئید، پانکراس، هیپوفیز، آدرنال و سیستم انتروکرومافین)، MEN-2A (سرطان مدولاری تیروئید، فئوکروموسیتوما و هایپرپلازی پاراتیروئید) و MEN-2B (سرطان مدولاری تیروئید و فئوکروموسیتوما). برای غربالگری بیماران باید کلسیم، پرولاکتین، قند خون ناشتا، انسولین و گاسترین به طور سالانه از دهه‌ی دوم یا سوم زندگی در حاملین ژن MEN-1 و هر سه سال در کسانی که بستگان درجه یک مبتلا دارند، اندازه بگیریم. در بیماری با تست غربالگری ژنتیکی منفی، حتی اگر جهش شناخته شده در اعضای خانواده داشت، دیگر تست غربالگری لازم نیست.

کجا؟ برو سر تست تمرینی ببینم.

۱۱ بیمار آقای ۴۰ ساله‌ای است که به دنبال سردردهای

شدید و تعریق فراوان با شروع فعالیت ورزشی، تحت بررسی قرار گرفته است. در معاینه حین حملات فشار خون سیستولیک ۱۷۰ mmHg ثبت شده است. با توجه به میزان بالای متانفرین و نورمتانفرین ادرار ۲۴ ساعته، اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸ - قطب تهران)

اسکن MBG

آدرنالکتومی

تجویز بتابلور

ام آرای شکم با تمرکز بر آدرنال

۱۲ کدامیک از عبارات زیر صحیح است؟ (تألیفی)

در غربالگری بیماران مبتلا به MEN، بیاد انسولین،

پرولاکتین و سطح کورتیزول ادرار را اندازه‌گیری کنیم.

در حاملین ژن MEN1 غربالگری را از نوجوانی

شروع می‌کنیم.

اگر غربالگری ژنتیکی بیمار مبتلا به MEN منفی شد

ادامه‌ی غربالگری لازم نیست.

در MEN2B درگیری به صورت کانسر مدولاری

تیروئید، فئوکروموسیتوما و هایپرپلازی پاراتیروئید است.

سؤال	۱۱	۱۲	
پاسخ	د	ج	

عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
طحال	۵	۴۸

### 📌 آنومالی‌های تکاملی طحال

📌 **طحال فرعی** شایع‌ترین آنومالی تکاملی طحال و شایع‌ترین محل آن در ناف طحال است. همچنین دیده نشدن Heinz bodies (هموگلوبین دناتوره) و Pappenheimer bodies (انکلوژیون آهن) پس از اسپلنکتومی نشان دهنده‌ی وجود طحال فرعی است. با شک به طحال فرعی می‌تونیم از اسکن هسته‌ای استفاده کنیم، به خصوص وقتی بیماری با وجود اسپلنکتومی همچنان افت پلاکت دارد. اسکن هسته‌ای همچنین در افتراق طحال فرعی از تومور دم پانکراس کمک می‌کند.

📌 در اسپلنومگالی به دنبال بیماری‌های خونی طحال معمولاً تندر نیست و در صورت دردناک بودن معاینه‌ی طحال باید به عفونت، پارگی و انفارکتوس طحال شک کرد.

### 📌 ترومای طحال

طحال شایع‌ترین ارگان آسیب دیده به دنبال ترومای بلانت و شایع‌ترین دلیل اسپلنکتومی، تروما است. آسیب طحال پنج درجه دارد: از درجه‌ی یک با پارگی کمتر از ۱ سانتی‌متر به همراه هماتوم ساب‌کپسولار تا درجه‌ی پنج با تیکه تیکه شدن کامل طحال یا آسیب عروق ناحیه‌ی هیلار.

📌 **برخورد با ترومای طحال** در بیماران با همودینامیک ناپایدار، وجود نشانه‌های پرتونیت و درجه ۵ آسیب، لاپاراتومی و در بیماران با همودینامیک پایدار، اقدامات غیر جراحی انجام می‌دهیم و تا حد امکان از اسپلنکتومی به علت عفونت بعد از آن (OPSI) پرهیز می‌کنیم.

### 📌 اختلالات عملکردی طحال

اختلال عملکرد طحال دو حالت کلی دارد: ۱- کاهش عملکرد طحال به صورت بی‌تحالی (Asplenia) مثل اسپلنکتومی است و آنمی داسی شکل و یا به صورت هایپواسپلنیسم مثل مالتیپل میلوم و آنمی داسی شکل، ۲- افزایش عملکرد طحال یا هایپراسپلنیسم که با آنمی، لکوپنی و ترومبوسیتوپنی به تنهایی و یا با هم مشخص می‌شود.

۱ خانمی ۲۰ ساله‌ای بعثت ITP تحت اسپلنکتومی قرار گرفته. پس از عمل شمارش پلاکت‌ها طبیعی می‌شود لیکن پس از ۲ سال مجدداً شمارش پلاکتی به ۳۰ هزار در هر میلی‌متر مکعب افت کرده است. در لام خون محیطی انجام شده، شمارش پلاکتی پایین و مرفولوژی گلبول‌های قرمز طبیعی گزارش می‌شود. اقدام ارجح کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹ - کشوری)

الف تجویز کورتیکواستروئید

ب آسپیراسیون مغز استخوان

ج سونوگرافی شکم و لگن

د اسکن رادیونوکلئید طحال

۲ آقای ۲۳ ساله‌ای به نیم ساعت پس از تروما با وسیله‌ی نقلیه به اورژانس آورده شده است. بیمار هوشیار است و از درد قفسه‌سینه‌ی چپ شکایت دارد. علائم حیاتی وی در بدو مراجعه: BP=90/60, PT=110, RR=18 است. بعد از دو لیتر نرمال سالین فشار خون وی همچنان ۸۰/۵۰ است. در سونوی FAST مقادیر فراوانی مایع در شکم و طحال به ظاهر پاره شده دارد. اقدام مناسب علاوه بر ترانسفوزیون خون کدام است؟ (بانک سوال لارنس ۲۰۱۳)

الف پذیرش در ICU و ادامه‌ی مایع درمانی

ب آرتروگرافی و آمبولیزاسیون عروق طحالی

ج CT اسکن با کنتراست خوراکی و وریدی شکم

د لاپاروتومی تجسسی

۳ در کدام مورد اسپلنکتومی نقشی در درمان ندارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷ - قطب اهواز)

الف کمبود G6PD

ب TTP

ج کیست هیداتیک طحال

د بیماری هوچکین

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	د	د	الف



اسپلنکتومی در درمان آنمی همولیتیک، ITP و هایپر اسپلنسیسم ثانویه کاربرد دارد.

آنمی همولیتیک به دو دسته‌ی ارثی و اکتسابی تقسیم می‌شوند که خود ارثی‌ها شامل اختلالات ساختمان غشایی (اسفروسیتوز ارثی) هموگلوبینوپاتی‌ها (آنمی داسی‌شکل و تالاسمی) و اختلالات متابولیک (کمبود پیرووات کیناز و G6PD که به اسپلنکتومی جواب نمی‌دهند) تقسیم می‌شوند. داروهایی نظیر داپسون، کلروکین، کلرامفنیکل، پروبنسید، پریماکین و برخی فرآورده‌های ویتامین K به علت تشدید علائم در بیماران G6PD، در این گروه ممنوعیت مصرف دارند.

اسفروسیتوز ارثی (اتوزومال غالب) به علت کمبود یک سری از پروتئین‌های غشای گلبول قرمز اتفاق می‌افتد و ممکن است با سنگ کیسه صفرا (سنگ پیگمانته سیاه) و ایپزودهای همولیتیک یا کریز آپلاستیک همراهی داشته باشد و همه‌ی بیماران بایستی قبل از جراحی سونوگرافی شوند. درمان شامل اسپلنکتومی و کوله‌سیستکتومی (تنها در صورت وجود سنگ صفرا) است. در کودکان به دلیل خطر بالای عفونت پس از اسپلنکتومی (OPSI)، اسپلنکتومی باید بعد از ۴ تا ۵ سالگی انجام شود. حین عمل باید دنبال طحال فرعی بگردیم.

آنمی داسی‌شکل (اتوزومال مغلوب) با تغییر شکل گلبول‌های قرمز هنگام افت O2 Sat شناخته می‌شود و می‌تواند موجب ترومبوسیتوز، افزایش ویسکوزیته خون و ایسکمی، انفارکت و فیروز طحال شود. درمان شامل پارشیل اسپلنکتومی در کودکان و اسپلنکتومی کامل در حملات همولیز در بیماران با اسپلنومگالی است.

تالاسمی: درمان مؤثر در این بیماران اسپلنکتومی است که می‌تواند باعث کاهش میزان ترانسفیوژن خون، ناراحتی ناشی از اسپلنومگالی و خطر پارگی طحال و مشکلات مربوط به آهن اضافه، شود. به علت بالابودن ریسک (OPSI) به دنبال اسپلنکتومی توتال، پارشیل اسپلنکتومی یا آمبولیزاسیون شریان طحالی روش ارجح در این گروه است.

آنمی همولیتیک اتوایمونی اکتسابی: قدم اول درمان این بیماران تجویز کورتون و در صورت عدم پاسخ به درمان یا بروز عوارض ناشی از کورتون، اسپلنکتومی است. یادمان باشد که اسپلنکتومی تنها در آنمی همولیتیک گرم (IgG) مؤثر است و در آنمی همولیتیک سرد (IgM) تأثیری ندارد.

### ترومبوسیتوپنی

ترومبوسیتوپنی به صورت پتشی و پورپوراهای متعدد در نقاط تحت فشار بدن، دیده می‌شود. سه علت شایع ترومبوسیتوپنی یعنی TTP، TTP و هایپراسپلنسیسم رو با هم بخونی.

ITP: نوعی اختلال تخریبی پلاکتی معمولاً به دنبال یک عفونت ویروسی است که در ۸۰٪ موارد خودبه‌خود خوب می‌شود. قدم اول درمان ITP، تجویز کورتون است. در صورت عدم پاسخ به کورتون یا IVIG، ترومبوسیتوپنی مجدد پس از کاهش دوز کورتون، خون‌ریزی مغزی حین کورتون‌تراپی، از اسپلنکتومی استفاده می‌کنیم. در موارد مقاوم به اسپلنکتومی، درمان با گاماگلوبولین یا وین کریستین توصیه می‌شود. در پلاکت کمتر از ۲۰، ترانسفیوژن پلاکت (پس از کلامپ شدن شریان طحالی) اندیکاسیون دارد.

TTP با یک پنتاد بالینی شامل تب، پورپورا، آنمی همولیتیک، اختلال کلیوی و تظاهرات نورولوژیک مشخص می‌شود. درمان در مرحله‌ی اول پلاسما فرز به تنهایی یا به همراه داروهای آنتی‌پلاکت، کورتون و تعویض خون و در موارد مقاوم به درمان اسپلنکتومی است. در ترومبوسیتوپنی ناشی از HIV در صورت مقاومت به درمان طبی، اسپلنکتومی مفید خواهد بود.

هایپراسپلنسیسم معمولاً با اسپلنومگالی، پان‌سیتوپنی و هایپرپلازی مغز استخوان شناخته می‌شود. اندیکاسیون‌های اسپلنکتومی در هایپراسپلنسیسم رو یاد بگیر: ۱- پلاکت کمتر از ۵۰ هزار، ۲- شواهد خون‌ریزی، ۳- نوتروفیل کمتر از دو هزار یا بدون شواهد عفونت‌های مکرر، ۴- آنمی شدید همراه با ترانسفوزیون و در میلو فیروز همراه با متاپلازی که میزان تخریب گلبول‌های قرمز از خون‌سازی بیش‌تر باشد.

در هایپراسپلنسیسم ناشی از سیروز کبدی، به جای اسپلنکتومی، باید هایپر تانسیون پورت را درمان کنیم.

یکی از عوارض اسپلنکتومی در هایپراسپلنسیسم ایجاد ترومبوسیتوز ثانویه است که می‌تواند به صورت DVT یا ترومبوز ورید پورت ظاهر شود که درمان انتخابی آن هیدروکسی اوره است.

سؤال	۴	۵	
پاسخ	الف	ج	



عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
پیوند	غیر مهم فصل پرید لارنس	مبحث تفصیلی و احتمالاً سؤال زیادی ندارد

### اهدای عضو

هر بیماری با مرگ مغزی و عملکرد نرمال قلبی یک اهداء کننده‌ی بالقوه است. بهترین زمان برای برای بازیابی کبد بعد از قطع اقدامات حفظ کننده‌ی حیات کم‌تر از ۳۰ دقیقه و برای کلیه و پانکراس ۶۰ دقیقه است. بافت‌هایی مانند استخوان، پوست، سخت شامه، فاسیا و قرنیه می‌توانند ۱۲ تا ۲۴ ساعت پس از توقف عملکرد قلبی و ریوی برای پیوند استفاده شوند.

📌 موارد منع اهدای عضو رو با هم مرور کنیم

۱- اختلالات خاص یک عضو، مثل: دیابت شیرین برای پانکراس/ هایپرنتشن شدید برای قلب و کلیه/ ترومای قلبی، بیماری عروق کرونر، پنومونی و سن بالا برای قلب/ ترومای ریوی، پنومونی و محدودیت ریوی با ریه.

۲- مشکلات مزمن طبی یک عضو

۳- بدخیمی (بجز تومور اولیه‌ی مغزی)

۴- ایست قلبی‌ای که باعث ایسکمی گرم اندام شود.

۵- عفونت فعال و کنترل نشده

۶- ابتلا به HIV

🔗 سرولوژی مثبت برای هپاتیت C منعی برای پیوند کبد ندارد.

🔗 اهداء کنندگان قلب با سن بیش از ۳۵ تا ۴۰ سال باید از نظر عروق کرونر با کاتریزاسیون بررسی شوند.

📌 کراس مچ: کراس مچ ABO و HLA مهم‌ترین ارزیابی قبل از پیوند است. استخوان، پوست، سخت شامه و بافت‌های دیگری که توسط انجماد یا انجماد خشک نگهداری شده‌اند، نیازی به کراس مچ و سازگای ABO ندارند.

### رد پیوند

رد پیوند چهار نوع است:

① فوق حاد بلافاصله (چند دقیقه تا چند ساعت) بعد از پیوند که با چروکیدگی، شلی و سیانوز اندام پیوندی و انفیلتراسیون PMN مشخص می‌شود. پیشگیری شامل انجام کراس مچ و تعیین تطبیق گروه خونی قبل از پیوند است.

① آقای ۲۸ ساله، ۲۵ دقیقه به دنبال تلاش برای خودکشی با شلیک به سرش به اورژانس آورده و برای وی تشخیص مرگ مغزی گذاشته شده است. اخیراً برای وی تشخیص گلیوبلاستوم مولتی‌فرم برای گذاشته شده است. بیمار معتاد تزریقی و با سابقه‌ی مصرف الکل است که الکل را از دو سال پیش ترک کرده است. در سرولوژی HIV و هپاتیت C مثبت است. کدام مورد منعی برای اهدای اعضاء در این بیمار است؟ (بانک سؤال لارنس ۲۰۱۳)

📌 تومور مغزی

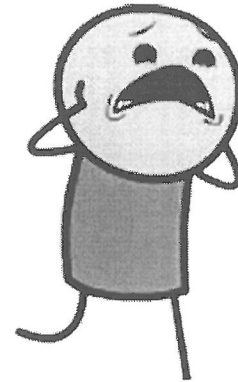
📌 سابقه‌ی سوءمصرف مواد و الکل

📌 HIV مثبت

📌 هپاتیت C مثبت



سؤال	۱
پاسخ	ج



② تسریع شده (۲ تا ۵ روز بعد از پیوند)، نوعی واکنش خاطره‌ی ایمونولوژیک به دلیل حساس شدگی قبلی است. معمولاً کراس مچ منفی دارد ولی ممکن است بعد از رد پیوند مثبت شود. همچنین کلیه اولیگوریک (در موارد پیوند کلیه)، DIC، ترومبوسایتوپنی و همولیز و انفیلتراسیون سلول‌های T از نوع CD4 از مشخصات آن است که درمان مؤثری هم برایش وجود ندارد.

③ حاد چند روز بعد تا چند سال بعد از پیوند با ارتشاح لنفوسیت‌های B در کلیه (گلومرول‌ها کم‌تر درگیر می‌شوند)، قلب (معمولاً اطراف مویرگ‌ها)، کبد (معمولاً در ناحیه‌ی تریاد پورت) و ریه (به صورت برونشیولیت) مشخص می‌شود و درمانشان شامل افزایش دوز سرکوب‌گرهای ایمنی است.

④ مزمن: معمولاً طی ماه‌ها تا سال‌ها بعد از پیوند رخ می‌دهد، مانند فیروز بینابینی همراه با آتروفی توبولار (IFTA) در کلیه و درمان مؤثری هم برایش وجود ندارد.

#### پیوند کلیه

پیوند روش درمانی ترجیحی و غیر اورژانسی برای نارسایی مزمن کلیه است.

✍ شرایط پیوند ✍ ۱- سن بیمار ۱ تا ۷۰ سال (نوزادان و افراد پیرتر از ۷۰ سال هم می‌توانند پیوند موفق داشته باشند)، ۲- نداشتن عفونت هنگام پیوند، ۳- بیمار برای حداقل ۵ سال عاری از کانسر باشد (بیماران با کانسرهای موضعی مانند کانسر پوست بعد از خارج کردن ضایعه می‌توانند پیوند زده شوند)، ۴- بیماری‌های مزمن دیگر باید خودبخود محدود شونده و تحت کنترل باشند ✍ عوارض: ✍ عفونت زخم شایع‌ترین عارضه پس از پیوند کلیه است که چاقی، دیابت، اورمی همراه با سوءتغذیه پروتئینی و نقص ایمنی فاکتورهای مستعد کننده‌ی این عارضه هستند. همچنین در صورت شک به خون‌ریزی (تاکای کاردی، هایپوتشن و کاهش هماتوکریت) و نداشتن ادرار پس از پیوند بیمار باید جهت بررسی فوری به اتاق عمل بازگردانده شود.

✍ درمان‌های پروفیلاکتیک: شامل H2 بلاکرها برای جلوگیری از زخم گوارشی، داروهای ضد قارچ و تری متوپریم سولفامتوکسازول برای پروفیلاکسی پنوموسیستیت ژیروسی و وال گانسیکلوویر برای پروفیلاکسی عفونت CMV است.

#### پیوند کبد

سیروز کبدی به دنبال عفونت با هیپاتیت C شایع‌ترین اندیکاسیون پیوند کبد در آمریکا است، که نارسایی کبدی شدید و با شروع ناگهانی که بدون انجام پیوند کبد در عرض چند ساعت تا چند روز از بین می‌رود، در صدر لیست اولویت پیوند قرار دارد.

- ۱ بیمار آقای ۴۳ ساله با سابقه‌ی نارسایی مزمن ۷ ساعت پیش تحت جراحی پیوند کلیه قرار گرفته است. در حال حاضر علائم حیاتی بیمار پایدار است ولی کیسه‌ی ادراری وی بعد از عمل، خالی است. اقدام مناسب کدام است؟ (تألیفی)
- الف شروع آنتی‌بیوتیک وریدی
- ب انتقال به اتاق عمل
- ج تجویز داروی ایمونوساپرسیو
- د شروع سرم و مایع درمانی کافی

سؤال	۲			
پاسخ	ب			

**شرایط پیوند:** ۱- وجود بیماری کبدی پیشرونده و برگشت ناپذیر که به درمان‌های دیگر پاسخ نداده‌اند، ۲- عدم وجود شواهد بدخیمی به جزء HCC، ۳- عدم وجود سوءمصرف ماده‌ی فعال، ۴- در صورت وجود HCC بایستی تومور محدود (مرحله‌ی ۱ یا ۲ معادل T1 یا T2، N0، M0) و بدون تهاجم به ساختارهای عروقی بزرگ و بدون وجود بیماری خارج کبدی باشد. **لله** برای پیوند کبد، تنها تطبیق گروه خونی کافی است و نیازی به انجام کراس منج نیست.

### پیوند قلب

۲ خانم ۶۱ ساله‌ای روز گذشته تحت پیوند قلب قرار گرفته است. کدام گزینه صحیح نیست؟ (تألیفی)

۱ عفونت شایع‌ترین عارضه‌ی بعد از پیوند است.

۲ بیش‌ترین علت مرگ و میر در سال اول پیوند، نارسایی پیوند است.

۳ شایع‌ترین علت نیاز به پیوند در این بیمار، کاردیومیوپاتی است.

۴ کانسر پوست، شایع‌ترین کنسر مرتبط با پیوند قلب است.

بیماری‌های ایسکمیک قلبی (شایع‌ترین علت در بزرگسالان)، کاردیومیوپاتی‌ها (شایع‌ترین در کودکان) بیماری‌های دریچه‌ای قلب و بیماری‌های مادرزادی قلبی و میزان مصرف اکسیژن هنگام حداکثر ورزش کمتر از ۱۲ تا ۱۴ میلی‌لیتر بر کیلوگرم در هر دقیقه از اندیکاسیون‌های پیوند قلب است.

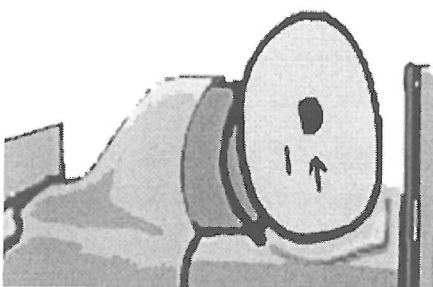
**عوارض:** عفونت و رد پیوند شایع‌ترین عارضه‌ی بعد از پیوند قلب است. بیش‌ترین علت مرگ و میر در سال اول شامل نارسایی پیوند، عفونت غیر CMV و نارسایی چند ارگان به طور همزمان و بعد از ۵ سال شامل واسکولوپاتی آلوگرفت قلبی، کانسر و عفونت غیر CMV است. از شایع‌ترین کانسرهای مرتبط با پیوند قلبی می‌توان به کانسر پوست، اختلالات لنفوپرولیفراتیو و کانسر ریه اشاره کرد.

### پیوند ریه

اندیکاسیون‌های پیوند ریه عبارت است از: COPD (شایع‌ترین علت)، فیروز ریه، سیستمیک فیبروزیس، هایپر تنشن اولیه‌ی ریه، کمبود آلفا ۱-آنتی‌تریپسین، FEV1 کمتر از ۲۵ درصد، PaCo2 بیش‌تر از ۵۵ mmHg، عدم وجود عفونت و بدخیمی و سن کمتر از ۶۵ سال.

**عوارض:** رد پیوند شایع‌ترین عارضه و برونشیتولیت انسدادی (تظاهر اولیه‌ی رد پیوند مزمن) اصلی‌ترین علت مرگ و میر در طولانی‌مدت است. **لله** پیوند ریه دو طرفه میزان بقای بهتری نسبت به پیوند یک طرفه دارد و می‌تواند در مواردی مانند عفونت مزمن ریوی در زمینه‌ی سیستمیک فیبروزیس یا برونشکتازی و آمفیژم گسترده اندیکاسیون پیدا کند.

**فب تست تمرینیم که نداره، برو فصل آخر.**



سؤال	۳			
پاسخ	ج			

عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
آنکولوژی جراحی	نامعلوم فصل مدیر لارنس	۲۱ سؤال از مهم‌ترین قسمت‌ش یعنی آنکولوژی‌های پوست از قبل داریم.

شایع‌ترین سرطان در مردان، سرطان پروستات و در زنان سرطان پستان است. چنداناً از جراحی‌های پیش‌گیرانه رو یاد بگیر: ۱- شامل اریکوپکسی در بیمار دارای کریپتورکیدسم، ۲- کولکتومی در بیماران دارای پولیپ کولون، کولیت اولسرو و دارای سابقه‌ی فامیلی سرطان کولون، ۳- تیروئیدکتومی در سندرم MEN، ۴- ماستکتومی در بیمار دارای سابقه‌ی فامیلی سرطان پستان، ۵- اووفاورکتومی در بیمار دارای سابقه‌ی فامیلی کانسر تخمدان است.

### بیماری‌های بدخیم پوست

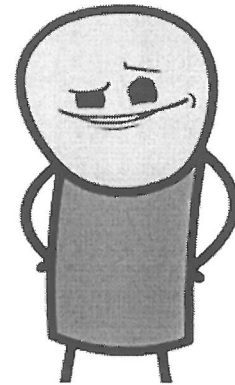
شایع‌ترین تومور بدخیم، سرطان پوست و اصلی‌ترین ریسک فاکتور آن اشعه‌ی فرابنفش است. بدخیمی‌های پوستی به انواع ملانوم‌ها و بدخیمی‌های پوستی غیر ملانومی تقسیم می‌شوند.

### بیماری‌های غیر ملانومی پوست

بیش‌تر به صورت BCC (۷۰ درصد) و SCC (۲۵ درصد) است. ریسک فاکتورهای ایجاد این نوع بدخیمی‌ها عبارت است از: قرار گرفتن طولانی در معرض آفتاب (زندگی در ارتفاع بالا و عرض جغرافیایی پایین، کشاورزی، ماهیگیری، آفتاب گرفتن)، داشتن پوست حساس (سوختگی، اسکار، مجاری سینوسی، زخم بهبود نیافته یا زخم مارژولین، زالی)، سیگار، سن بالای ۶۵ سال، مواجهه طولانی‌مدت با آرسنیک، روغن پارافین، روغن قطران، قیر، بنزین، زغال سنگ، داشتن موهای روشن و چشم آبی، ابتلا به HPV، گزودرما پیگمانتوزوم، سندرم گرلین (سندرم مادرزادی خال با لایه‌ی قندهای)، درمودیسپلازی و روسیفرم (استعداد بالای HPV)، پرتودرمانی و افراد با سرکوب ایمنی مزمن (ابتلا به HIV، قرار گرفتن طولانی در معرض کموتراپی).

ریسک متاستاز در SCC نسبت به BCC و همچنین سرطان‌های ایجاد شده روی زخم مزمن بیش‌تر است. پس در هر بیماری با زخم مزمن که به درمان جواب نداده و بیمار شرح‌حالی از ریسک فاکتورهای کانسر پوست را می‌دهد،

باید با شک به بدخیمی بیوپسی از زخم بگیریم.



۱ بیماری با زخم کوچک ۱\*۱ سانتی‌متر پای راست مراجعه کرده است که علی‌رغم درمان متعدد از دو ماه قبل بهبودی نداشته است. سابقه‌ی سوختگی در اندام تحتانی راست در ۳۰ سال قبل را می‌دهید. در معاینه‌ی فعلی اسکار ناشی از زخم سوختگی در ساق پای راست مشهود است زخم فعلی بر روی همین اسکار قرار دارد. به بیمار چه توصیه‌ای می‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطب مشهد)

ا جواب تجویز آنتی‌بیوتیک و مراقبت زخم تا یک ماه دیگر

ب جواب تجویز هورمون رشد موضعی به زخم جهت ترمیم

ج بیوپسی از لبه‌ی زخم و تصمیم‌گیری براساس جواب پاتولوژی

د دبریدمان زخم با جراحی و ترمیم زخم بدون بررسی پاتولوژی

سؤال	۱
پاسخ	ج



## کوندیلوما آکومیناتا (زگیل تناسلی)

ویروس HPV عامل این بیماری است. تحریک و خراش مزمن و بهداشت شخصی ضعیف در ناحیه‌ی مقعدی تناسلی و سرکوب ایمنی از ریسک فاکتورهای ایجاد زگیل تناسلی است. زگیل‌های ناحیه‌ی مقعد حتماً باید بیوپسی شوند. درمان جراحی در کوندیلوما آکومیناتا‌های بزرگ با فیستول‌های متعدد و ترشحات چرکی با درگیری اسفنکتر مقعدی اندیکاسیون دارد.

## سرطان سلول‌های لایه‌ی قاعده‌ای (BCC)

این سرطان رشد آهسته‌ای دارد و تقریباً هیچگاه متاستاز نمی‌دهد. BCC پنج نوع دارد: ۱- ندولر (شایع‌ترین)، ۲- پیگمانته، ۳- سطحی، ۴- اسکاروزه یا مورفه‌آفرم، ۵- مهاجم یا پولیپوئید. نوع ندولر معمولاً به صورت پاپول گنبدی شکل مدور و موم مانند (Waxy) یا مروارید مانند (pearly) روی صورت ظاهر می‌یابد. این نوع رشد آهسته‌ای داشته و در عرض یک سال دو برابر می‌شوند و همچنین ممکن است زخمی با قابلیت تهاجم به ساختارهای مجاور (rodent ulcer) ایجاد کند.

**درمان:** BCCها بدون درد است، در واقع علت اصلی نیاز به درمان در BCC خون‌ریزی زیاد تومور به دنبال تروما است. درمان این بیماران عبارت است از: ۱- جراحی اکسیژون با مارژین در حد ۴ میلی‌متر در موارد کم‌خطر و با مارژین بزرگ‌تر در موارد پرخطر، ۲- کرایو درمانی، کورتاژ و Electrodesiccation در مواردی که BCC کوچک‌تر از ۰.۵ سانتی‌متر است، ۳- شیمی‌درمانی موضعی و استفاده از کرم یا لوسیون یک تا دو بار در روز به مدت یک ماه، ۴- پرتودرمانی در بیماران مسنی که کاندید مناسبی برای جراحی نیستند.

لذت تومورهای کم‌خطر پنج ویژگی دارند: ۱- کوچکتر از ۲ سانتی‌متر، ۲- حدود مشخص، ۳- بدون سابقه‌ی سرکوب ایمنی و یا رادیوتراپی، ۴- انواع ندولر یا سطحی، ۵- بدون تهاجم پری‌نورال.

لذت پیگیری با فاصله‌ی شش ماه تا یک سال بعد از برداشتن تومور در همه‌ی بیماران الزامی است.

## سرطان سلول‌های سنگ‌فرشی (SCC)

SCC معمولاً به صورت پاپول یا ندول‌های سخت اریتماتوز روی پوست طبیعی یا آسیب دیده توسط آفتاب، زخم، اسکار ناشی از لوپوس یا سوختگی ظاهر می‌یابد. همچنین SCC insitu یا بیماری bowen می‌تواند به صورت پلاک دلمه بسته یا پیچ قرمز تظاهر ظاهر شود. شایع‌ترین محل متاستاز آن گره‌های لنفاوی موضعی است. تومورهای محل سوختگی، سینوس‌های تخلیه کننده‌ی استئومیلیت و زخم‌های مزمن ناشی از بیماری bowen نسبت به تومورهایی که در نواحی آسیب دیده توسط آفتاب ایجاد می‌شوند تمایل بیش‌تری به متاستاز دارند.

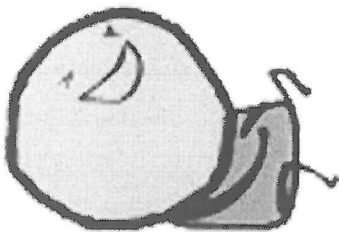
۲ بیمار آقای ۵۷ ساله کشاورز است که از ۶ ماه گذشته دچار زخم بر روی صورت شده. زخم گرد، بدون درد و دارای لبه‌های برجسته است (نمای مروارید. کدام تشخیص محتمل می‌باشد؟ (تألیفی از پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب کرمان، شمال و اصفهان)

Seborrheic Keratosis

Melanoma

BCC

SCC



سؤال	۲
پاسخ	ج

**پاسخ** **درمان SCC** شامل اکسیزیون جراحی با حاشیه‌ی یک سانتی‌متر است که در صورت وجود اندیکاسیون‌هایی مثل سایز یا ضخامت ضایعه‌ی بزرگتر از ۲ سانتی‌متر، تمایز ضعیف، تهاجم پری نورال، بیوپسی از غدد لنفاوی نگهبان نیز باید انجام شود. همچنین در صورت درگیری چهار غده یا بیش‌تر به دلیل ریسک بالای عود، بعد از لنفادنکتومی باید پرتودرمانی انجام دهیم. بیمار هر شش ماه باید از لحاظ عود موضعی، متاستاز گرهی و یا ضایعات جدید معاینه شود.

### ملانوما

ملانوما شایع‌ترین علت مرگ در سرطان‌های پوستی است که به مخصوص بیشترین شیوع را در زنان با سنین ۲۰ تا ۲۹ سال دارد. اصلی‌ترین ریسک فاکتور ملانوما، اشعه‌ی فرابنفش خورشید است. همچنین فوتوتیپ (افراد بور با چشمان آبی و موی قرمز یا بلوند)، سابقه‌ی شخصی یا فامیلی ملانوما و سابقه‌ی سندرم خال دیسپلاستیک ریسک فاکتورهای دیگر این بیماری است. از نظر مکان درگیری، پوست ناحیه‌ی سروگردن شایع‌ترین محل است، اما در زنان بیش‌تر روی پا، مردان بیش‌تر روی تنه، سیاه‌پوستان بیش‌تر در سطح پالمار و پلاتار دست و پا و در سندرم خال دیسپلاستیک بیش‌تر ناحیه‌ی شانه، بالای سینه و پشت درگیر می‌شوند. ملانوم می‌تواند به صورت عمودی یا افقی رشد کند که رشد عمودی احتمال بالاتری برای تهاجم و متاستاز دارد.

**پاسخ** **درمان ملانوم اولیه** و بدون متاستاز، جراحی اکسیزیون است. در غیاب لنفادنوپاتی در صورت وجود یکی از این دو حالت، بیوپسی از لنف‌نودهای نگهبان (sentinel) باید انجام شود:

۱- ضخامت تومور ۸ میلی‌متر یا بیشتر

۲- ضخامت زیر ۸ میلی‌متر همراه با زخمی بودن ضایعه، میتوز زیاد یا تهاجم لنفاتیک یا عروقی

منظور از اکسیزیون وسیع، برداشتن توده با حداقل مارژین یک سانتی‌متر است. البته در کل مارژین مناسب را براساس عمق (ضخامت) ضایعه تعیین می‌کنیم:

👉 عمق مساوی یا کم‌تر از ۱ میلی‌متر ⇨ مارژین ۱ سانتی‌متر

👉 عمق ۱ تا ۴ میلی‌متر ⇨ مارژین ۲ سانتی‌متر

👉 عمق بیش‌تر از ۴ میلی‌متر ⇨ مارژین ۳ سانتی‌متر

رادیوتراپی هم می‌تواند در درمان ملانوم دسموپلاستیک و کاهش عود موضعی ملانوما (زمانی که بیش از ۴ غده درگیر است) کمک کند.

۳ خانم ۴۰ ساله‌ای که با یک زخم به ابعاد ۱×۱/۵ سانتی‌متر در ناحیه‌ی قدام ساق پا مراجعه کرده است. در بیوپسی SCC high grade گزارش شده است. تصمیم مناسب چیست؟ (پره‌انترنی آبان ۹۶- میان‌دوره‌ی کشوری)

ا اکسیزیون کامل با حاشیه‌ی ۶ میلی‌متر از اطراف

ب اکسیزیون کامل با حاشیه‌ی ۱ سانتی‌متر از اطراف

ج رادیوتراپی و سپس اکسیزیون با حاشیه‌ی ۱ سانتی‌متر

د شیمی‌درمانی و سپس اکسیزیون با حاشیه‌ی ۱.۰ سانتی‌متر



۴ بیمار آقای ۲۵ ساله که با تشخیص ملانوم پاشنه پای راست با ضخامت ۱/۵ میلی‌متر مراجعه نموده است. غدد لنفاوی کشاله‌ی ران در معاینه و سونوگرافی منفی است. درمان مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب شیراز)

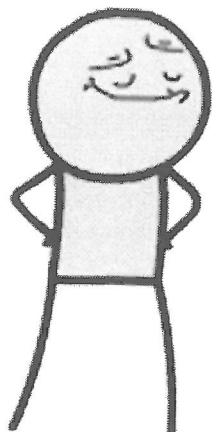
ا برداشتن ضایعه با مارژین حداقل یک سانتی‌متر و انجام بیوپسی سنتینل کشاله‌ی ران (SLNB)

ب برداشتن ضایعه با مارژین نیم سانتی‌متر و انجام بیوپسی سنتینل کشاله‌ی ران

ج برداشتن ضایعه با مارژین حداقل یک سانتی‌متر و لنفادنکتومی کامل کشاله‌ی ران

د برداشتن ضایعه با مارژین حداقل یک سانتی‌متر و انجام لنفادنکتومی کامل کشاله‌ی ران

سؤال	۳	۴
پاسخ	الف	الف



## سارکوما

شایع‌ترین محل سارکوما، در بالغین اندام‌ها و شایع‌ترین تظاهر آن توده‌ی بزرگ شونده است. ریسک فاکتورهای سارکوما عبارت است از: شامل تروما، اکسپوزر شغلی، رادیاسیون، لنف ادم مزمن، جهش در انکوژن‌ها، تماس با مواد کارسینوژن (آزبست، افت کش‌های چمن و عامل نارنجی). سارکوما معمولاً از طریق هماتوژن متاستاز می‌دهد که شایع‌ترین محل آن ریه است.

وقتی بیمار با یک توده‌ی مشکوک بالینی مراجعه می‌کند، اولین اقدام انجام Core biopsy و بررسی بافت‌شناسی و ایمونو هیستوشیمیایی است و در صورت عدم تشخیص، بیوپسی باز در مقطع آگزیمال اقدام بعدی خواهد بود. بهترین روش برای تشخیص عود موضعی تومور انجام core biopsy تحت هدایت تصویربرداری است.

**درمان** در سارکومای سطحی شامل جراحی و خارج کردن تومور با مژین حداقل دو سانتی‌متر و در سارکومای عمقی، ابتدا شش هفته رادیوتراپی و سپس جراحی است.

**پیگیری:** شامل ۱- معاینه‌ی بالینی هر ۶ ماه به مدت ۲ سال و سپس سالی یک بار برای سارکومای درجه پایین و ۲- انجام سی‌تی‌اسکن قفسه‌ی سینه برای ۲ سال و انجام آزمایش‌های سالانه برای سارکومای عمیق و رتروپریتونیل.

## کاپوسی سارکوما

کاپوسی سارکوما، شایع‌ترین عارضه‌ی نئوپلاستیک ایدز است که ابتدا به صورت پچ‌های آبی‌رنگ و شبیه به هماتوم ظاهر شده و سپس به ندول‌های برآمده‌ی پلاستیکی تبدیل می‌شوند. دو نوع کاپوسی سارکوما داریم:

۱- **مرتبط با ایدز:** عامل آن هرپس انسانی (HHV8) است که بیش‌تر در همجنس‌بازان و دوجنسه‌ها دیده می‌شود. کام شایع‌ترین محل درگیری است. معمولاً از طریق گره‌های لنفاوی به دستگاه گوارش متاستاز می‌دهند و باعث خون‌ریزی، انسداد و دیسفاژی می‌شوند.

۲- **غیر مرتبط با ایدز:** شایع‌ترین محل درگیری اندام تحتانی است که معمولاً به صورت ایاتروژنیک در بیماران با سیستم ایمنی سرکوب شده دیده می‌شود.

**درمان** عبارت است از: ۱- برداشت جراحی و رادیاسیون موضعی برای ضایعات کوچک، ۲- دوکسوروبیسین لیپوزومال برای موارد منتشره غیر قابل برداشت، ۳- درمان ضد ویروسی در موارد مرتبط با ایدز. با رسیدن شمارش CD4 به ۴۰۰ یا بیش‌تر و بهبود و یا بی‌علامت شدن اغلب ضایعات، دوکسوروبیسین لیپوزومال را می‌توان قطع کرد.

پندتا دونه سؤال تو طیبانه بزن، بریم سراغ دو فصل آخر.

### ۵ اقدام ارجح در بیمار با HIV و سندرم کاپوسی

اندام فوقانی کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷-

قطب تبریز)

درمان آنتی‌ویرال

رادیوتراپی

جراحی

کموتراپی

سؤال	۵			
پاسخ	الف			

عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
پرامی قلب و قفسه‌ی سینه	نامعلوم فصل مدیر لارنس ۲۰۱۹	۴۵ پلورال افیوژن مهم‌ترین قسمت‌ش

یه راست برو سر اصل مطلب.

### مباحث هموپتزی

امروزه شایع‌ترین دلیل هموپتزی، برونشیت و سرطان است. برونشیت، سایر فرایندهای التهابی و عفونی حدود ۵۰٪ و تومورها ۲۰٪ علل را تشکیل می‌دهند. بیشتر کیس‌های هموپتزی با استراحت در بستر، مرطوب کردن هوای تنفسی، تجویز داروی ضدسرفه، آنتی بیوتیک و سداتیو کنترل می‌شوند.

❖ پس کدام هموپتزی‌ها رو بررسی می‌کنیم؟ ۱- هموپتزی پایدار و مداوم با وجود درمان حمایتی، ۲- حجیم یا ماسیو، ۳- عود هموپتزی. در این سه مورد هم اگر هموپتزی ماسیو یعنی بیش‌تر از ۴۰۰ سی‌سی در ۲۴ ساعت نبود، می‌تونیم به صورت الکتیو بررسی کنیم، در غیر این صورت باید خیلی فوری علت رو تشخیص بدیم و خونریزی رو کنترل کنیم.

### ❖ اقدامات تشخیصی و مداخله‌ای چیاست؟

- ۱- شناسایی محل خونریزی ابتدا با CXR لترال و PA و سپس برونکوسکوپی؛ برای یافتن محل خونریزی، برونکوسکوپی ضروری است.
- ۲- خواباندن بیمار به پهلو به نحوی که ریه‌ی درگیر پایین قرار گیرد تا خون نریزه تو ریه‌ی سالم! پس تو این مریض که ریه‌ی چپ درگیره باید به پهلو چپ بخوابونیمش، نه راست.
- ۳- مسدود کردن برونش سمت درگیر تا زمان کنترل خونریزی.
- ۴- اقدامات تهاجمی مثل: آئورتوگرام همراه با آرتروگرافی برونکیال، آمبولیزاسیون شریان برونکیال، لیزر فوتوکواگولاسیون YAG (در هموپتزی ناشی از تومور داخل برونشی پروگزیمال) و حتی جراحی.

### مباحث افیوژن پلور

پلورال افیوژن با شواهدی مثل تنگی نفس، درد پلوریتیک، احساس پری در قفسه سینه، کاهش صداهای تنفسی و ماتیته در دق مشخص می‌شود. در کل دو نوع افیوژن ترانسودا و اگزودا داریم، پس اقدام اصلی در افیوژن پلور توراستنز (کشیدن مایع) جهت افتراق نوع آن و در نتیجه تعیین مسیر درمانی است. در توراستنزر باید پروتئین، LDH و رنگ آمیزی گرم و کشت انجام دهیم. بعد از تخلیه‌ی مایع، باید گرافی مجدد جهت رد سایر ضایعات هم بگیریم.

### ۱ آقایی ۴۲ ساله‌ای مبتلا به برونشکتازی با

هموپتزی ماسیو (massive) مراجعه کرده است. در معاینه دیسترس تنفسی دارد. در گرافی انجام شده تصاویر کیستیک و انفیلتراسیون در همی‌توراکس چپ مشاهده می‌شود. کدامیک از اقدامات زیر صحیح نیست؟ (تألیفی)

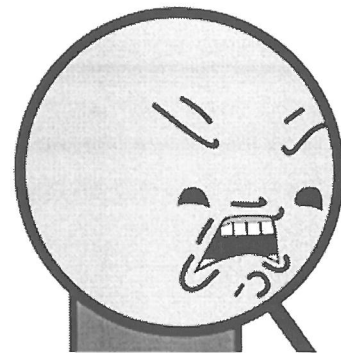
الف) خواباندن بیمار به پهلو راست

ب) برونکوسکوپی

ج) انسداد برونش چپ

د) آمبولیزاسیون شریان برونکیال در صورت عدم

پاسخ به درمان‌های اولیه



### ۲ اندازه‌گیری کدامیک از موارد زیر به افتراق

افیوژن ترانسودا از اگزودا کمکی نمی‌کند؟ (تألیفی)

الف) مقدار مطلق LDH مایع پلور

ب) نسبت پروتئین مایع پلور به سرم

ج) نسبت LDH مایع پلور به سرم

د) مقدار مطلق PH مایع پلور

سؤال	۱	۲
پاسخ	الف	د



❖ تعیین نوع افیوژن: داشتن یکی از چهار ویژگی زیر به نفع افیوژن اگزودایی

و در غیر این صورت افیوژن ترانسودایی است ☞

۱- پروتئین بیش از ۳ gr/dl

۲- نسبت پروتئین مایع به پروتئین سرم بیش از ۰.۵

۳- LDH مایع بیش از ۲۰۰ IU/L

۴- نسبت LDH مایع پلور به LDH سرم بیش از ۰.۶

❖ افیوژن ترانسودا: ترنسودا به دلیل اختلال در بالانس بین ترشح

و جذب در فضای پلور ایجاد می شود، مثل نارسایی احتقانی قلب، سیروز و آتلکتازی. پس در این حالت به ندرت از چست تیوب استفاده می کنیم و درمان اصلی، شامل درمان بیماری زمینه ای است.

❖ افیوژن اگزودا: اگزودا به دلیل یک فرایند بیماری زایی اولیه در فضای

پلورال ایجاد می شود، مثل بدخیمی، عفونت یا پنومونی (پاراپنومونیک)، شیلوتوراکس و سل. در این حالت معمولاً درناژ از طریق چست تیوب ضروری است. افیوژن بدخیم اغلب پس از توراستنز به تنهایی عود می کند، پس علاوه بر درناژ برای پیشگیری از عود، ماده ای اسکروزان مانند تتراسایکلین، بلئوماسین یا تالک به داخل فضای پلورال تزریق می کنیم. حتی گاهی از پلورودز (mechanical abrasion) یا اکسیزیون پلور هم برای درمان افیوژن بدخیم استفاده می کنیم.

### پنج آبه ریه

پنومونی اسپیراسیون شایع ترین علت آبه ریه است، از علل دیگر می توان به پنومونی پایدار، انفارکتوس ریه، نئوپلاسم یا جسم خارجی اشاره کرد.

🔪 تابلوی بالینی آبه: تب، به همراه سطح مایع - هوا در پارانشیم ریه در CXR.

🔪 ارزیابی تشخیصی در آبه: ۱- CT اسکن برای افتراق آبه از آمپیم و سایر علل، ۲- برونکوسکوپ برای تهیه نمونه کشت، درناژ و رد جسم خارجی و تومور داخل برونش.

🔪 برخورد با آبه: ۱- یک دوره طولانی آنتی بیوتیک در کنار فیزیوتراپی قفسه سینه؛ هر موقع جواب کشت اومد، به جای آنتی بیوتیک وسیع، نوع اختصاصی همون پاتوژن رو تجویز می کنیم و ادامه میدیم، ۲- جراحی (ترجیحاً رزکسیون و درناژ با لوله)؛ اگر هر کدام از سه حالت صفحه ای بعد رو داشتیم:

۲ بیمار آقای ۵۵ ساله مبتلا به دیابت به علت تنگی نفس مراجعه کرده است. در عکس قفسه سینه، پلورال افیوژن دو طرفه دارد که در آنالیز آن نسبت پروتئین مایع به سرم برابر ۰.۴ و نسبت LDH آن به سرم برابر ۰.۵ می باشد. برای بیمار کدام تشخیص کمتر مطرح است؟ (تألفی)

الف) نارسایی قلبی

ب) سیروز کبدی

ج) افیوژن پاراپنومونیک

د) سندرم نفروتیک

۴ بیمار خانم ۶۵ ساله ای است با سابقه CVA، زمین گیر است. بدلیل سرفه، خلط چرکی بدبو و تب بالا و لرز مراجعه کرده است. در گرافی ساده قفسه سینه، دانسیته گرد حدود ۵×۵ سانتی متر درلوب تحتانی ریه با سطح مایع - هوا مشاهده می شود. کدام اقدام درمانی زیر صحیح است؟ (تألفی)

الف) اسپیراسیون سوزنی با گاید سی تی اسکن

ب) آنتی بیوتیک وسیع الطیف تزریقی

ج) برونکوسکوپ درناژ ترانستراکئال

د) چست تیوب گذاری و تخلیه

سؤال	۳	۴
پاسخ	ج	ب

- ۱- عدم پاسخ به درمان دارویی و تداوم حال سپتیک بیمار
- ۲- کاویته‌ی در حال بزرگ شدن
- ۳- ضایعه‌ی قابل رزکسیون در داخل برونش

### پس آمپیم

آمپیم در واقع، آبسه‌ی فضای پلور است، که در همون مراحل اولیه که رقیق است باید در صورت داشتن اندیکاسیون‌های (Light criteria) زیر با یک چست تیوب بزرگ تخلیه شود. لوله باید چند هفته باقی بماند و بعد از اطمینان از خالی شدن فضای پلور، خارج شود. موارد زیر در کل اندیکاسیون چست تیوب‌گذاری در هر افیوژن، آبسه یا آمپیمی است:

۲- Ph کمتر از ۷,۱

۱- مشاهده ارگانیسم در رنگ‌آمیزی گرم

۴- LDH بیش‌تر از ۱۰۰۰ IU/L

۳- گلوکز کمتر از ۴۰ mg/dl

❖ سه حالت استثناء رو یاد بگیر:

❶ در آمپیم پیچیده از چند چست تیوب، رزکسیون دنده، درناژ و دکورتیکاسیون هم گاهی استفاده می‌کنیم.

❷ در موارد که درمان تأخیر پیدا کند و مایع غلیظ و لکوله شود، دیگه چست تیوب برای تخلیه کافی نیست و باید سراغ جراحی توراگوسکوپیک (VATS) و دکورتیکاسیون (تخلیه‌ی پوسته‌ی فیبرینی فضای پلور) برویم.

❸ اصل درمان آمپیم، روی هم خوابیدن دولاویه‌ی پلور احشایی و جداری است تا آمپیم نتواند بین آن دو را پُر کند. پس اگر بعد از درمان دو لایه روی هم ن خوابید، از روش‌های دیگری مثل انتقال عضلات توراسیک (سراتوس انتریور و لاتیسیموس دورسای) به داخل فضای پلورال استفاده می‌کنیم.

### پس پنوموتوراکس

به کلاپس پارشیل یا کامل ریه به دلیل تجمع هوا در داخل فضای پلورال، پنوموتوراکس گفته می‌شود.

✍ انواع پنوموتوراکس: ۱- پنوموتوراکس خودبه‌خودی ناشی از پارگی حباب‌های زیر پلور، ۲- نوع اولیه (بدون علت مشخص)، ۳- نوع ثانویه (به دنبال یک پاتولوژی ریه).

✍ تابلوی بالینی و تشخیص پنوموتوراکس: بیمار با درد یا فشار قفسه‌ی سینه به همراه کاهش صداهای تنفسی و تمپانی در دق! (لارنسم خل شده‌ها، دق پنوموتوراکس هاپررزونانسه) مراجعه می‌کند. درجا CXR می‌گیریم: خط پلورال بدون مارکرهای ریوی در محیط ریه می‌بینیم.

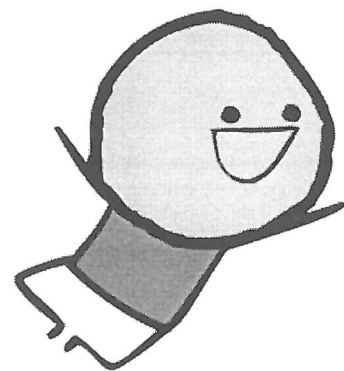
۵ بیماری با تشخیص پنومونی و به علت وجود مایع پلور بستری است. آنالیز مایع پلور انجام شده است. کدامیک از موارد زیر اندیکاسیون گذاشتن لوله قفسه‌ی سینه را دارد؟ (تألیفی)

الف) گلوکز ۷۰ میلی گرم در دسی‌لیتر

ب) وجود باکتری دیپلوکوک در اسمیر و کشت مایع پلور

ج) LDH حدود ۹۰۰ واحد در لیتر

د) PH = ۷,۲۴



۶ جوان ۲۵ ساله قد بلند سیگاری به دنبال ورزش به طور ناگهانی دچار درد سینه شده است. در معاینه کاهش صدای واضح در سمت راست دارد. اولین اقدام تشخیصی کدام است؟ (پره‌انترنی دی ۹۷- میان‌دوره‌ی کشوری)

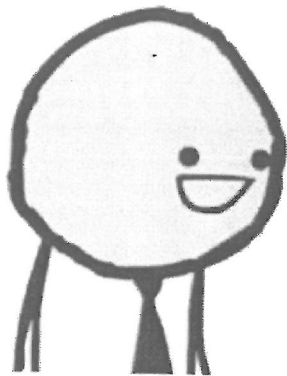
الف) چک تروپونین

ب) آنژیوگرافی عروق قلبی

ج) گرافی قفسه‌ی سینه

د) اسپرومتری

سؤال	۵	۶		
پاسخ	ب	ج		



مداخله در پنوموتوراکس دو حالت دارد:

۱- پنوموتوراکس علامت‌دار و بزرگ رو با چست تیوب در فضای چهارم یا پنجم بین دنده‌ای خط میداگز یالاری تخلیه می‌کنیم، البته قبلش مسکن هم میدیم که درد نکشه! در موارد لکوله بهتره تحت گاید سونوگرافی لوله را جایگذاری کنیم. با قطع نشت هوا، چست تیوب رو خارج می‌کنیم. ولی اگر این نشت طولانی شد، می‌تونیم بیمار رو با اتصال چست تیوب به دریچه‌ی یک طرفه مرخص کنیم.

۲- جراحی که به ترتیب روش VATS، پلورودز مکانیکی و در آخر پلورکتومی رو ترجیح میدیم. در کل چهار اندیکاسیون برای جراحی در پنوموتوراکس داریم:

۱- تداوم نشت هوا برای بیش از ۷ تا ۱۰ روز

۲- عود پنوموتوراکس

۳- پنوموتوراکس دو طرفه

۴- مشاغل پرخطر مانند غواصی در عمق دریا یا خلبانی که احتمال ترکیدن حباب هوا زیاده!

### پنج ندول ریوی منفرد یا Solitary pulmonary nodule

۷ در بررسی‌های استخدامی مرد ۳۰ ساله‌ای در رادیوگرافی سینه با ندولی ۲ cm در پرفیرال و قله ریه راست دیده می‌شود. بیمار شکایت تنفسی و سابقه مصرف سیگار ندارد. در رادیوگرافی قفسه سینه بیمار که سه سال قبل به علت تروما انجام شده ضایعه مزبور با همین اندازه وجود داشته است. کدام اقدام را توصیه می‌کنید؟ (تألیفی از پره‌اترنی شهریور ۹۷ - قطب مشهد)

الف) اکسیژون ندول ریوی با استفاده از VATS

ب) بیوپسی ترانس توراسیک با سوزن از ندول

ریوی

ج) انجام تست توبرکولین و بررسی از نظر سل

د) پیگیری با گرافی ساده هر سه ماه تا یک

سال

در برخورد با توده‌ی منفرد ریه باید اول از همه دنبال CXR قبلی باشیم، که ببینیم توده جدید یا اگر قدیمیه تغییر ساینز داشته یا نه، که دو حالت داره:

۱- توده نسبت به دو سال قبل هیچ تغییری نداشته ☹ سالانه با CXR پیگیری کن.

۲- توده نسبت به قبل تغییر داشته، یا جدید یا هیچ گرافی قبلی‌ای ازش نداریم ☹ یک CT اسکن قفسه‌ی سینه برای بررسی ویژگی‌های توده بگیر که سه حالت داره:

۱- ویژگی‌های خوش‌خیمی داره: با CXR پیگیری کن؛ ابتدا هر سه ماه تا یک سال و بعد به صورت سالیانه.

۲- توده‌های متعدد داریم: پیگیری بیش‌تر بکن؛ ولی لارنس نگفته با چی!

۳- ویژگی‌های مشکوک به بدخیمی داره: بیوپسی بگیر؛ یا از راه پوست (پرکوتانه) یا برونش (برونکوسکوپی)؛ اگر خوش‌خیم یا نامشخص بود مثل حالت یک با CXR پیگیری کن اول هر سه ماه تا یک سال، بعد سالانه. ولی اگر بدخیم بود یا حتی تو بعضی موارد نامشخص، میریم سراغ توراکتومی و جراحی.

📌 در کل هر توده‌ی جدید یا بزرگی رو بدخیم در نظر بگیر و بررسی کن. ولی توده‌های بدون تغییر در دو سال یا اونایی که در عرض کم‌تر از ۶ ماه دو برابر میشن، معمولاً خوش‌خیمند.

سؤال	۷
پاسخ	د

### تومورهای دیواره قفسه سینه

همین اول به عنوان قانون یاد بگیر؛ تمام تومورهای قفسه سینه باید بدخیم در نظر گرفته شوند، مگر این که خلاف آن ثابت شود.

انواع تومور دیواره قفسه سینه: که دو نوع است:

۱- تومور متاستاتیک: عمدتاً از ریه، تیروئید، مجرای گوارشی یا تومورهای تناسلی ادراری منشأ می گیرد.

۲- تومور اولیه (نیمی از کل تومورها) که دو نوع است:

۱- تومور خوش خیم مثل فیبرودیسیپالازیا (شایع ترین تومور خوش خیم)، کندروما، استئوکندروما و ائوزینوفیلیک گرانولوما.

۲- تومور بدخیم (%۶۰ موارد اولیه) که به علت رشد سریع، درد قفسه‌ی سینه در آن شایع تر از نوع خوش خیم است، مثل کندروسارکوما (شایع ترین تومور بدخیم اولیه)، استئوژنیک سارکوما (استئوسارکوم)، پلاسماسیتوما و یوئینگ سارکوم. به جز پلاسماسیتوما که به عنوان میلوم سیستمیک درمان می شود، بیش تر تومورهای بدخیم اولیه از طریق اکسیزیون وسیع با مارژین ۲ تا ۴ سانتی متر (خروج بافت نرم، دنده ها، استرنوم و ریه یا پریکارد) خارج می شوند. علاوه بر این در سارکوم یوئینگ، استئوژنیک یا سایر سارکومهای بافت نرم از رادیوتراپی، کموتراپی یا کمورادیوتراپی ادجوان (adjuvant) هم استفاده می کنیم.

ارزیابی تومور دیواره قفسه سینه: مثل همیشه اول شرح حال و معاینه فیزیکی رو کامل می کنیم و بعد، از CXR لترال و PA، CT اسکن و همینطور اسکن استخوانی برای ارزیابی متاستاز استخوانی در صورت نیاز استفاده می کنیم.

### تومورهای مدیاستن

تومورهای مدیاستن بر حسب نوع، علائم متنوعی دارند، مثلاً تومورهای بدخیم با درد قفسه سینه، تنگی نفس، تب، لرز و سرفه و لنفوم با تعریق شبانه، کاهش وزن و آدنوپاتی مشخص می شود. توده های خوش خیم مدیاستن بی علامتند و به صورت تصادفی در گرافی دیده می شوند.

ارزیابی تومور مدیاستن: برای تشخیص مثل همیشه ابتدا از رادیوگرافی PA یا لترال قفسه سینه و همینطور برای تعیین محل دقیق آن از CT اسکن استفاده می کنیم. البته در تومورهای مدیاستن خلفی به خصوص پاراسترنال به جای CT یا به عنوان تکمیلی بهتر است از MRI استفاده کنیم. آدنوپاتی بدون علامت ممکن گاهی ناشی از سارکوئیدوز است، پس برای تشخیص از مدیاستینوسکوپی استفاده می کنیم. در موارد مشکوک به لنفوم هم اگر آدنوپاتی خارج مدیاستن نداشتیم، برای اثبات تشخیص مدیاستینوتومی میانی و بیوپسی باید انجام بدیم.

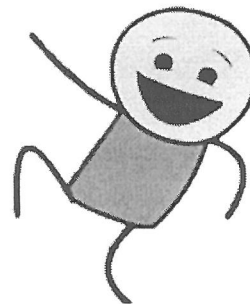
۸ بیمار آقای ۴۶ ساله با توده ۳ سانتی متری جدار قفسه سینه راست که پس از سی تی اسکن تحت بیوپسی با Core needle قرار گرفته و جواب پاتولوژی اوستئوسارکوم می باشد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (پره انترنی اسفند ۹۶- قطب زنجان)

ا اکسیزیون وسیع جدار قفسه سینه

ب کموتراپی قبل از عمل

ج بیوپسی انسزیونال

د MRI جدار قفسه سینه



۹ شایع ترین تومور مدیاستن در کجا است؟

(تألفی)

ا قدام

ب میانی

ج خلفی

د پری کاردیال

سؤال	۸	۹
پاسخ	ب	الف





🔪 **شیوع تومور مדיاستن:** مדיاستن قدامی و میانی به ترتیب بیش‌ترین و کم‌ترین شیوع توده‌های مדיاستن را دارند. از تومورهای مדיاستن قدامی می‌توان به تیموما (با شواهد میاستنی گراویس)، تومور تیروئیدی ساب استرنال، تراتوما (تومور ژرم سل) اشاره کرد. شایع‌ترین توده مדיاستن میانی، کیست روده و لنفادنوپاتی ناشی از کنسر ریه است. **لنفوما** تومور نوروزنیک شایع‌ترین تومور شیار پاراورتبرال است، مثل نوریلنوما (neurilemoma)، نوروفیبروما، گانگلیونوروما و نوروبلاستوما.

🔪 **برخورد با تومور مדיاستن:** اکسیژون جراحی بهترین روش درمان تومورهای مדיاستن به جز لنفوم که به جای جراحی، تحت رادیوتراپی قرار گیرد. در هر تومور از چه روشی استفاده می‌کنیم؟  
🔪 در مדיاستن قدامی با استرنوتومی میانی به جز تیروئید ساب استرنال، که اثر فشاری روی تراشه دارد و از طریق برش گردنی خارج می‌شود.  
🔪 کیست‌های مדיاستن میانی (برونکوژنیک، ازوفاژیال و پلوروپریکاردیال) هم مثل تومورهای این قسمت برای رد بدخیمی حتماً از طریق توراکتومی لترال خارج می‌شوند، چون گاهی یافته‌های رادیولوژیکی مشابه بدخیمی دارند.  
🔪 در صورت وجود گسترش به داخل کانال نخاعی، ترکیبی از روش نوروسرجیکال و توراکوسرجیکال را استفاده می‌کنیم.

### سرطان‌های ریه

سرطان ریه شایع‌ترین سرطان غیرپوستی در آمریکای شمالی است. مهم‌ترین ریسک فاکتور کنسر ریه سیگار است. سه منشأ برای سرطان ریه داریم:

۱- سلول بزرگ مثل سرطان سلول سنگفرشی و آدنوکارسینوما

۲- سلول کوچک

۳- متاستاتیک با منشأ پستان، گوارش، مجرای تناسلی ادراری و بافت نرم.

🔪 **تابلوی بالینی کنسر ریه:** ۵٪ موارد بدون علامت و ۹۵٪ موارد علامت‌دار است. علائم در سه دسته قرار می‌گیرند:

- ۱- برونکوپولمونری مثل سرفه (شایع‌ترین)، درد سینه، تنگی نفس و هموپتزی و علائم غیر اختصاصی مثل کاهش وزن، آنمی و خستگی.
- ۲- خارج ریوی که نشانه‌ی بیماری پیشرفته است، مثل: انسداد SVC ناشی از درگیری غدد لنفاوی سمت راست یا تهاجم مستقیم، خسونت صدا (درگیری عصب راجعه حنجره ناشی از متاستاز به غدد لنفاوی پاراتراکئال)، پلورال افیوژن، درگیری پوستی مثل هایپرپیگمنتاسیون و درماتومیوزیت، عروقی (هایپرکواگولوپاتی)، نوروزنیک (سندرم ایتون-لامبرت، نوروپاتی اتونوم)، متابولیک (هایپرکلسمی، سندرم کوشینگ و سندرم کارسینوئید)، هماتولوژیک (آنمی و ترومبوسیتوز) و اسکلتال (استئوآرتروپاتی ریوی، کلایینگ).
- ۳- علائم متاستاتیک مثل درگیری نورولوژیک (سردرد، تغییرات منتال)، اسکلتال (درد استخوانی)، ویسرال (متاستاز کبدی یا آدرنال)

🔪 **برخورد با کنسر ریه سه جزء دارد:**

- ۱- اثبات کنسر، ۲- مرحله‌بندی و تعیین قابلیت جراحی، ۳- بررسی توانایی بیمار برای جراحی.

				سؤال
				پاسخ



۱۰ در ارزیابی کنسر ریه کدام اقدام لازم نیست؟

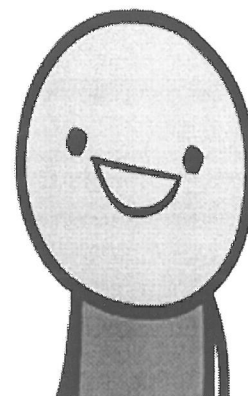
(تألیفی)

۱ گرافی ساده

۲ MRI شکمی

۳ Brain CTscan

۴ بیوپسی لنفونود مشکوک



۱۱ در ارزیابی بیمار کاندید جراحی کنسر SCC

کدام مورد صحیح است؟ (تألیفی)

۱ در  $FEV1 = 0.9$  جراحی به راحتی قابل انجام است.

۲ گرفتن اسکن هسته‌ای در مرحله‌ی اول ارزیابی قلبی لازم است.

۳ بیمار با  $FEV1 = 1.9$  ریسک بالایی برای جراحی دارد.

۴  $FEV1$  کمتر از ۰.۸ لیتر با نارسایی مزمن تنفسی بعد از جراحی همراه است.

**پاسخ** اثبات کنسر ریه: برای تشخیص باید بیوپسی بگیریم، ترجیحاً با برونکوسکوپی ریجید و یا از راه پوست تحت هدایت فلوروسکوپی یا CT اسکن. **مرحله‌بندی کنسر ریه:** باید اندازه‌ی تومور و میزان انتشار آن را با CT قفسه‌ی سینه، مغز، شکم و استخوان بررسی کنیم. اگر به درگیری لنف‌نود شک داشتیم، حتماً بیوپسی لنف‌نود بگیریم؛ بیوپسی غدد لنفاوی هیلار و پاراتراکئال با مدیاستینوتومی انجام می‌شود.

**روش درمان کنسر ریه:** سه روش رو یاد بگیر:

۱- در تومور محدود به یک همی‌توراکس بدون متاستاز لنفاوی و ارگانی حیاتی، جراحی می‌کنیم؛ در مراحل پایین با روش اکسیژون جراحی + دیسکسیون غدد لنفاوی.

۲- در موارد متاستاتیک یا با درگیری وسیع غدد لنفاوی، باید کموتراپی سیستمیک و رادیوتراپی موضعی انجام دهیم.

۳- در کارسینوم سلول کوچک اغلب از کموتراپی + رادیوتراپی موضعی استفاده می‌کنیم، البته موارد محدودی رو میشه جراحی کرد.

**پاسخ** ارزیابی قبل از جراحی بیمار: باید بیمار را در موارد الکتیو از نظر سن و وضعیت قلبی، کلیوی، کبدی و نورولوژیک ارزیابی کنیم.

برای ارزیابی قلبی، تمام بیماران را علاوه بر شرح حال و معاینه از نظر نوار قلب، گرافی ریه و آزمایشات روتین ارزیابی می‌کنیم. اگر خطر پایین بود، جراحی بلامانع است ولی اگر بالا بود باید ارزیابی‌های پیشرفته‌ای مثل اکوکاردیوگرافی، تست ورزش یا Stress test و اسکن هسته‌ای هم بگیریم.

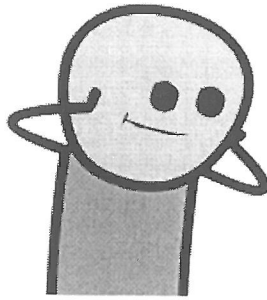
باید عملکرد ریه‌ی بیمار را با ابزارهایی مثل اسپیرومتری، ABG، و در مواردی اسکن و تتیلاسیون - پرفیوژن، قبل از رزکشن ریه بررسی کنیم. برای جلوگیری از نارسایی مزمن تنفسی بعد از جراحی، باید  $FEV1$  بیمار بالای ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی‌لیتر باشد. بر اساس  $FEV1$  ریسک جراحی صورت زیر است:

۱ کم‌ریسک با  $FEV1$  بالای ۲ لیتر

۲ ریسک متوسط با  $FEV1$  بین ۱.۲ تا ۲ لیتر

۳ ریسک بالا با  $FEV1$  کمتر از ۱.۲ لیتر: که اگر کمتر از ۰.۸ تا ۱ لیتر باشد، ریسک خیلی بالا است.

سؤال	۱۰	۱۱
پاسخ	ب	د



الله خلیا میگن اگر Po2 کمتر از ۵۰ یا اشباع اکسیژن کمتر از ۹۰٪ باشه، رزکسیون ریه منطقی نیست.

پروگنوز کنسر ریه: میزان بقای پنج ساله در کارسینوم سلول سنگفرشی با تمایز خوب بعد از رزکسیون کامل تومور، ۶۰ تا ۷۰ درصد است. تومور پیشرفته‌تر یا با تمایز کمتر، پروگنوز متفاوتی دارد.

عوارض پس از جراحی کنسر: آتلکتازی شایع‌ترین عارضه‌ی پس از جراحی ریه است که کنترل درد و اسپیرومتری تشویقی در پیشگیری از آن مؤثر است.

پرو سراغ فصل آفر. اونقدر تست تو تست تمرینی نداره، که بری سراغش!

ما پادشاه را کشتیم، سعی کردیم دنیا را تغییر بدهیم.

هالا تنها چیزی که گیرمان آمده، یک پادشاه جدید است که از قبلی بهتر نیست.

اینجا سرزمینی است که برای آزادی جنگیدیم ولی هالا برای نان می‌جنگیم.

نکته‌ی عدالت این است که همه وقتی برابر می‌شوند که مُرده‌اند.

«ویکتور هوگو»

سؤال				
پاسخ				

عنوان	اهمیت	توضیحات / سابقه‌ی سؤالات
جراحی کودکان	۸ فصل مدیر لارنس ۲۰۱۹	۱۰۲

### آب و الکترولیت

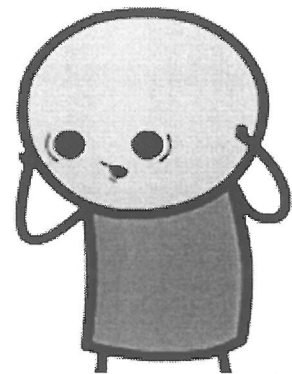
خب تو فصل آب و الکترولیت جلد یک، کل مطالب رو خونديم، فقط يك نکته رو داشته باش:

الله برای جایگزینی مایع از دست رفته، باید سریع بچه رو به این صورت احیا کنیم:

✍ جبران کمبود مایع: در ۱۰ تا ۲۰ دقیقه‌ی اول با ۲۰ cc/Kg رینگر لاکتات تا زمانی که علائم دهیدراتاسیون بهبود یابد و سپس دکستروز ۵ درصد در هاف‌سالین به میزان دو برابر دوز نگه دارنده تا رسیدن به وضعیت نورمولمیک. ✍ کمبود سدیم: در موارد شدید (سدیم کمتر از ۱۲۰) طبق این فرمول محاسبه میشه:

$$\text{Na required} = (130 - \text{serum Na}) \times 0.6 \times \text{weight (kg)}$$

✍ کمبود پتاسیم: می‌توان تا ۴۰ میلی اکی والان KCl به مایع داخل وریدی اضافه کرد.



### فتق دیافراگماتیک مادرزادی (CDH)

فتق دیافراگم به علت بازماندن کانال پلوروپریتونئال در خلف دیافراگم و ورود احشای شکمی به قفسه‌ی سینه ایجاد می‌شود. دو نوع فتق دیافراگمی داریم: ۱- فتق بوخداک (Bochdalek) که شایع‌ترین نوع است، به علت نقص پوستروترال دیافراگم و معمولاً در سمت چپ ایجاد می‌شود. ۲- فتق مورگانی (Morgagni) به علت نقص رترواسترنال ایجاد شده و معمولاً اورژانس نیست.

✍ تظاهرات فتق دیافراگمی ☞ نوزاد تازه متولد شده‌ای که دیس‌پنه و درجات مختلفی از سیانوز به همراه شکم اسکاfoئید، کاهش صداهای تنفسی در سمت فتق و انحراف قلب به سمت مقابل دارد. تا به فتق شک کردیم، باید CXR بگیریم.

✍ شواهد CXR در فتق دیافراگمی ☞ دیدن لوپ‌های پرهوای روده در قفسه سینه + انحراف مدیاستن + محو شدن حدود دیافراگم.

۱- کودک ۲ روزه‌ای را با شکایت تاکی‌پنه و دیسترس تنفسی در اورژانس اطفال ویزیت می‌کنید. در CXR، در نیمه چپ قفسه سینه نسج ریه قابل مشاهده نبوده و تصاویر کیستیک متعدد دیده می‌شود. انتهای NG-Tube در همی‌توراکس چپ مشهود است. محتمل‌ترین تشخیص چه می‌باشد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطب مشهد)

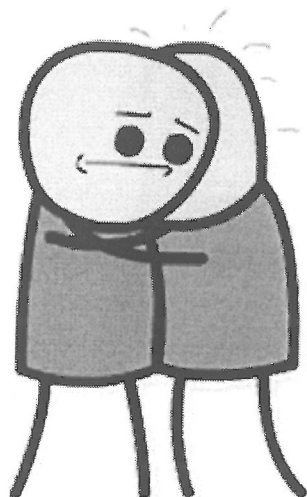
الف) آپسه ریوی

ب) آدنوئید سیستیک مالفورمیشن

ج) هرنی مورگانی

د) هرنی بوخداک

سؤال	۱			
پاسخ	د			



برخورد با فتق دیافراگمی، سه جزء دارد ☞ ۱- مهم‌ترین اقدام، احیای اولیه با اینتوباسیون اندوتراکئال فوری و ونتیلاسیون مکانیکی است. باید تهویه به نحوی باشد که هایپرکربی و هیپوکسی در حد خفیفی حفظ شود. در این بیمار تهویه فشار مثبت با ماسک ممنوع است، چون ممکن است فشار اضافی به ریه وارد کند. ۲- گذاشتن NGT، ۳- تجویز NO استنشاقی به عنوان وازودیلاتور ریه، ۴- جراحی غیروارژانس: البته جراحی باید تا پایداری و بهبود فشار شریانی ریه به تأخیر بیفتد.

### توده‌های توراسیک نوزادی

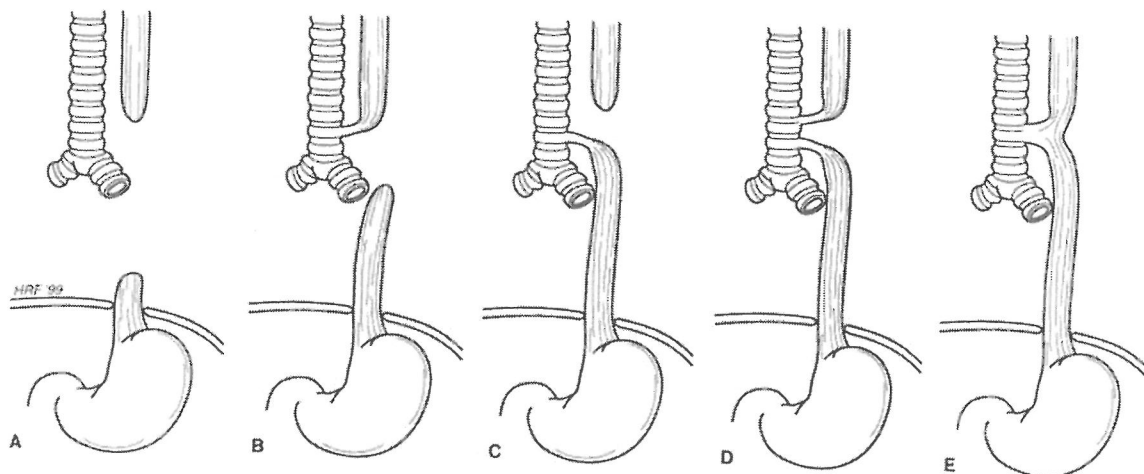
این توده‌ها معمولاً بدون علامتند و کاری به کارشون نداریم، مثل آمفیژم لوبار مادرزادی، مالفورماسیون مادرزادی راه‌های هوایی ریه (CPAM)، به دام افتادن ریه، کیست‌های برونکوزنیک و کیست‌های جداشدن foregut. البته گاهی به دنبال اثرات فشاری یا ثانویه به عفونت با علائمی مثل درد قفسه سینه، ویز، دیس‌پنه و تب مشخص می‌شوند.

تشخیص توده‌های توراسیک ☞ برای بررسی آناتومی در فرد علامت‌دار باید سی‌تی اسکن بگیریم.

برخورد با توده‌های توراسیک ☞ کلاً اگر علامت‌دار شد به جراحی (مثل لوبکتومی در موارد اینترالوبار) فکر می‌کنیم، وگرنه فقط تحت‌نظر می‌گیریم. لوبکتومی در نوزادان به خوبی تحمل و حتی توسط ریه‌ی باقی مانده جبران میشه .

### آترزی مری و فیستول تراکئوفازیال

آترزی مری انواع مختلفی داره، که شایع‌ترین حالتش الگوی C با انسداد پروگزیمال مری و ارتباط مری تحتانی به تراشه است.



				سؤال
				پاسخ

**بچه** تابلوی بالینی آترزی مری و فیستول تراکتوبرونشیال ☞ بچه یا نوزادی با شرح حال آبریزش از دهان (Drooling)، پریدن غذا به گلو و رگورژیتاسیون با غذا خوردن.

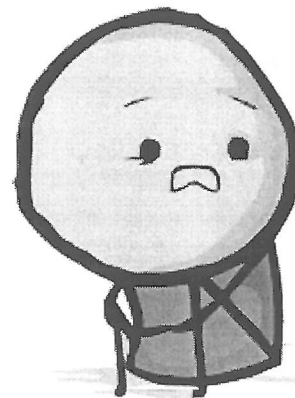
**تشخیص آترزی مری و فیستول تراکتوبرونشیال** ☞ ۱- با شک به آترزی اول یک لوله‌ی دهانی-معدی رد کن، که اگر آترزی باشه؛ لوله پایین نمیره. ۲- سپس ۱ تا ۲ لیتر هوا تو لوله بزن و بعد CXR بگیر؛ نوک لوله رو در مدیاستن فوقانی می‌بینیم. در صورت وجود فیستول، هوای داخل معده رو هم می‌بینیم. تایپ H یعنی فیستول تراکتوازوفازیال با مری آشکار، با پنومونی آسپیراسیون های مکرر بروز می‌کند و تشخیصش با اندوسکوپی یا بلع کنتراست است.

**درمان** ☞ ۱- سر رو بالا نگاهدار تا بچه آسپیره نکنه، ۲- لوله‌ی دهانی معدی با دو لومن برای مکش در بن‌بست فوقانی قرار بده، ۳- مایع‌درمانی و آنتی بیوتیک وسیع الطیف تجویز کن، ۴- ضایعات قلب رو با اکوکاردیوگرافی بررسی کن، ۵- جراحی ترمیمی.

**عوارض شایع بعد از جراحی** ☞ ۱- نشت از آناستوموز، ۲- تنگی، ۳- فیستول راجعه، ۴- رفلاکس معده به مری، ۵- تراکتوما لاسی.

۲ نوزادی دو روزه با drooling و chocking موقع شیرخوردن به اورژانس نوزادان آورده شده است. اولین راه تشخیص بیماری کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطب شیراز)

- ☐ Ba-swallow
- ☐ Bronchoscopy
- ☐ Esophagoscopy
- ☐ Insertion Orogastric Tube



### **انسداد گوارشی مادرزادی**

انسداد مادرزادی رو باید به علت احتمال سپسیس و آسپیراسیون سریع شناسایی و رفع کنیم. نوزاد مبتلا به انسداد گوارشی مادرزادی چهار ویژگی دارد:

۱- استفراغ صفراوی (مهم‌ترین علامت و اغلب پاتولوژیک)،

۲- پلی‌هیدرامنیوس

۳- دیستانسیون شکمی در ۲۴ ساعت اول تولد.

۴- عدم دفع مکنونوم

**تشخیص انسداد مادرزادی** ☞ اگر در گرافی ساده، لوپ‌های متسع با سطح مایع هوا و بدون هوای دیستال دیدی، تشخیص انسداد کامل پروگزیمال قطعیه و ارزیابی بیش‌تری لازم نیست. در انسداد پارشیال یا مشکوک، Upper GI contrast هم می‌گیریم؛ دیدن تعداد زیادی لوپ متسع، به نفع انسداد دیستال است که در آن کنتراست انما اندیکاسیون دارد.

**تشخیص انسداد مادرزادی** ☞ اقدامات حمایتی مثل تعبیه لوله دهانی-معدی و دکمپرشن، مایع‌درمانی و آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک قدم اول است. جراحی بستگی به نوع انسداد و شرایط عمومی کودک دارد.

۲ در یک نوزاد دو روزه کدام‌یک از نشانه‌های زیر مهم‌ترین علامت تشخیصی در انسداد روده است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطب شیراز)

- ☐ اتساع شکم
- ☐ عدم دفع مکنونوم
- ☐ استفراغ صفراوی
- ☐ کاهش برون‌ده ادراری

سؤال	۲	۳
پاسخ	د	ج



## انسداد دئودنوم

شایع‌ترین علت انسداد دئودنوم آترزی و مالروتاسیون است. انسداد ناشی از آترزی همراهی قوی‌ای با تریزومی ۲۱ و همینطور پانکراس حلقوی دارد. علاوه بر شواهد انسداد، در این بیماران استفراغ صفراوی هم داریم. در مالروتاسیون معمولاً ولولوس میدگات داریم و در نتیجه سکوم در RUQ و جانکشن دئودنال در LUQ قرار می‌گیرد. خود ولولوس و در مواردی وجود Ladd's bands (عبور اتصالات پریتونئال به دیواره‌ی شکم از مابین دئودنوم) باعث انسداد می‌شود. تشخیص از تصویربرداری upper GI برای شناسایی انسداد دئودنوم و وجود گاز در دیستال روده استفاده می‌کنیم. انسداد کامل دئودنوم قبل از تولد با سونوگرافی و در زمان تولد با دیدن نمای double bubble (وجود هوای در معده و پروگزیمال دئودنوم و خالی بودن دیستال) در رادیوگرافی تشخیص می‌دهیم. که باید بلافاصله برای رد مالروتاسیون تصویربرداری کنتراست upper GI بگیریم و در صورت عدم امکان، لاپاراتومی کنیم. درمان آترزی دئودنال جراحی الکتیو و اگر مالروتاسیون داشتیم، اورژانس است.

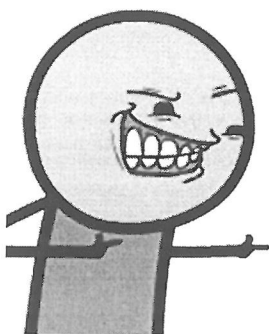
۴ نوزاد دو روزه‌ای با علائم اتساع شکم و استفراغ صفراوی بستری شده است. در گرافی ساده شکم علامت double bubble sign دیده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶ - هشت قطب مشترک)

الف آترزی مری

ب آترزی دئودنوم

ج تنگی هیپرتروفیک پیلور

د هیرشپرونک



۵ در نوزاد ۲ روزه با اتساع شکم، عدم دفع مکنیوم، رادیوگرافی ساده شکم در وضعیت ایستاده گرفته شده است که اتساع لوپ‌های روده بدون سطح مایع هوا می‌باشد. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطب مشهد)

الف آترزی ژژنوم

ب ایلئوس مکنیال

ج آترزی ایلئوم

د آترزی کولون

## انسداد روده کوچک

انسداد مادرزادی روده‌ی کوچک سه علت شایع دارد:

۱- ایلئوس مکنیوم: مکنیوم ضخیم مسیر ایلئوم را بسته که تمام این نوزادان معمولاً به سیستمیک فیبروزیس دچارند. در گرافی اغلب نمای کف‌آلود خاصی از لوپ روده‌ی متسع پر از مکنیوم و بدون سطح مایع هوا می‌بینیم. کلسیفیکاسیون نشانه‌ی انسداد است. درمان آن شامل مایع‌درمانی و تجویز گاستروگرافین برای دفع راحت مکنیوم است.

۲- آترزی و ۳- روده‌ی دوگانه یا دپلیک، که درمان هر دو جراحی است.

## انسداد کولون

انسداد کولون چهار علت دارد: بیماری هیرشپرونک، پلاک مکنیوم، سندرم کولون چپ کوتاه نوزادی و به ندرت آترزی.

هیرشپرونک به دنبال فقدان گانگلیون پاراسمپاتیک در دیواره‌ی دیستال روده ایجاد می‌شود که در سنین نوزادی با انسداد و در بچه‌های بزرگ‌تر با یبوست مزمن مشخص می‌شود. ناحیه ترانزیشنال یعنی خط بین قسمت با و بدون گانگلیون معمولاً در رکتوسیگموئید قرار دارد. درمان این بیماری در ابتدا شامل آنتی‌بیوتیک و شستشوی رکتال و سپس جراحی است. برای تشخیص از سه ابزار استفاده می‌کنیم:

سؤال	۴	۵		
پاسخ	ب	ب		

- ۱- انمای کنتراست برای شناسایی ناحیه‌ی ترانزیشنال: پروگزیما سالم و متسع و دیستال روده بدون گانگلیون و باریک است.
- ۲- مانومتري آنورکتال که شل نشدن اسفنکتر داخلی را نشان می‌دهد.
- ۳- بیوپسی مکشی رکتال، البته فقط تا شش ماهگی که فقدان گانگلیون و عدم پاسخ به استیل کولین استراز را تأیید می‌کند.
- ❖ پلاگ مکنونیوم به طور مکرر در نوزادان پره ماچور و سندرم کولون کوتاه بیش‌تر در نوزادان مادران دیابتی دیده می‌شود. هر دو به علت اختلالات حرکتی کولون نابالغ ایجاد شده که با انمای کنتراست مشخص و درمان می‌شود.



### انتروکولیت نکروزان (NEC)

۶ شیرخوار نارسى حاصل زایمان C/S از یک مادر معتاد به کوکائین در هفته دوم تولد و پس از شروع شیرخشک دچار عدم تحمل خوراکی، دیستانسیون شکمی، مدفوع خونی و سلولیت می‌شود. کدام پاتولوژی به تشخیص نزدیک‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطب همدان)

NEC (انتروکولیت نکروزان) ☒

HPS (استنوز هیپرتروفیک پیلور) ☐

Intussusception ☐

Meckles Diverticulitis ☐

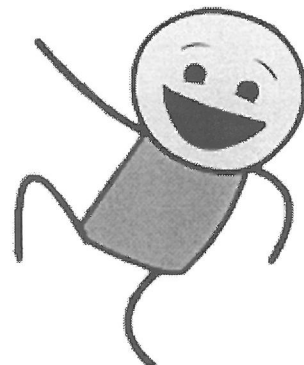
انتروکولیت نکروزان شایع‌ترین اندیکاسیون جراحی اورژانس در نوزادان و یکی از علل اصلی مرگ در نوزادان نارس بعد از هفته اول زندگی است. کاهش پرفوزن گوارشی به هر دلیلی، احتمال NEC را زیاد می‌کند. شایع‌ترین محل درگیر ایلئوسکال است. این بیماری در بچه‌های شیرمادری بیش‌تر است، چون شیرمادر سوبسترای خوبی برای باکتری‌های گوارشی است.

❖ **تابلوی بالینی** نوزادی با لتارژی، عدم تحمل خوراکی، ناپایداری دمای بدن و آبنه است که دچار استفراغ، مدفوع خونی، دیستانسیون و تدرنس شکمی می‌شود.

❖ **تشخیص** از گرافی ساده‌ی شکم استفاده می‌کنیم، که سه ویژگی می‌بینیم: ۱- لوپ‌های متسع و پره‌وای روده (غیراختصاصی)، ۲- پنوماتوزیس اینتستینالیس یا وجود گاز در جدار لوله (پاتوگنومیک NEC)، ۳- دیدن هوا در ورید پورت. در آزمایشات هم شواهد سپسی و یا عفونت سیستمیک مثل کشت خون مثبت، لکوسیتوز یا لکوپنی، ترومبوسیتوپنی، اسیدوز، هیپوناترمی و هایپوتشن. وجود سه تا از این علائم پیش‌بینی کننده‌ی نیاز به جراحی است.

❖ **درمان** قدم اول درمان حمایتی است، شامل مایع‌درمانی، تعیبه لوله دهانی-معدی، تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف. اکثر بیماران به این همین درمان جواب میدن، ولی در صورت وجود پرفوراسیون و یا نکروز تمام ضخامت روده باید جراحی لاپاروتومی کنیم. کی به پرفوراسیون و نکروز شک می‌کنیم؟

- ۱- وجود هوای آزاد (پنوموپریتون) در عکس ساده.
- ۲- علائم سیستمیک سپسیس پیش‌رونده مثل بدترشدن عملکرد قلبی-ریوی،



افزایش نیاز به مایع، ترومبوسیتوپنی

سؤال	۶			
پاسخ	الف			





۳- شواهد پریتونیت مثل تندرns، گاردینگ، اریتم یا ادم دیواره شکمی.

۴- در کیس‌های نامشخص، پاراستنز مایع حاوی باکتری یا محتویات روده نشانه‌ی نکروز است.

### نقایص دیواره شکم: امفالوسل و گاستروشزی

در امفالوسل یک ورودی در وسط دیواره شکمی داریم و احشای بیرون زده توسط یک غشای شفاف پوشیده شده، بند ناف در امفالوسل به مرکز کیسه‌ی امفالوسل وارد میشه، ولی در گاستروشزی، نقص دیواره در لترال بند ناف قرار دارد. همراهی‌ها امفالوسل با آنومالی‌های مادرزادی زیادی از جمله نقایص کروموزومی همراه است، ولی گاستروشزی فقط با آترزی روده گاهاً همراهی دارد. درمان دو جزء دارد:

۱- حمایتی شامل: پوشاندن احشای بیرون زده با سالین و پوشش پلاستیکی، مایع درمانی، تجویز آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف. در گاستروشزی باید برای جلوگیری از فشار بر عروق تغذیه کننده‌ی ارگان‌ها، احشا را بالا نگه داشت یا نوزاد را به پهلو خواباند.

۲- جراحی غیروژانسی در امفالوسل و اورژانسی در گاستروشزی. بعد از ترمیم امفالوسل یک هرنی باقی می‌ماند، که بعداً در جراحی دیگری ترمیم می‌شود.

### فتق اینگوئینال و هیدروسل

هرنی در کودکان معمولاً غیرمستقیم است و از داخل حلقه داخلی اینگوئینال عبور می‌کند. افزایش فشار داخل شکمی یا ضعف بافت پیوندی زمینه‌ساز هرنی است. در ماه سوم حاملگی، پروسس واژینالیس با عبور از حلقه داخلی اینگوئینال وارد اسکروتوم شد، ولی این زائده به صورت طبیعی باید حوالی تولد بسته شود؛ البته به جز قسمت دیستال تر یعنی تونیکا واژینالیس که بیضه‌ها را احاطه می‌کند. هرنی و هیدروسل به دنبال باز ماندن این زائده ایجاد می‌وند؛ در هرنی روده وارد آن شده و در هیدروسل مایع از آن عبور می‌کند. در دختران علاوه بر روده، گاهی تخمدان یا فالوپ هم وارد پروسس می‌شوند. هرنی در پسرها و سمت راست به علت نزول دیرتر بیضه در این سمت شایع‌تر است.

تابلوی بالینی هرنی: برآمدگی کشاله‌ی ران یا اسکروتوم که با گریه و زور زدن بیرون زده + در معاینه: توده‌ای سفت که با فشار انگشت محو می‌شود/ هیدروسل: تورم منتشر همی اسکروتوم که در موارد ارتباطی اندازه‌ی آن با پر و خالی شدن مایع، کم و زیاد می‌شود، درست بر عکس انواع غیرارتباطی.

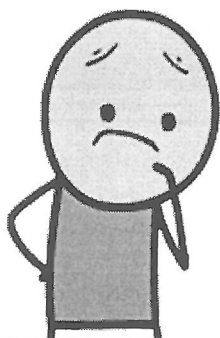
۷ نوزاد تازه متولد شده، نقص جدار شکم در ناحیه‌ی ناف دارد. در معاینه‌ی روده‌ها از جدار شکم بیرون بوده، همراه با پوششی از پریتون و پرده آمیون. تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطب تهران)

الف هرنی نافی

ب گاستروشزیس

ج امفالوسل

د Burne-Belly syndrome



۸ در مورد هرنی اینگوئینال در اطفال همه‌ی موارد زیر صحیح است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۷- قطب اهواز)

الف هرنی اینگوئینال در بچه‌ها اکثراً از نوع مستقیم و اکتسابی است.

ب باز بودن پروسس واژینالیس در اطفال ضرورتاً باعث هرنی نخواهد شد.

ج زمینه‌ی ارثی و سابقه‌ی فامیلی در بروز هرنی اینگوئینال اطفال مؤثر است.

د پروسس واژینالیس راهی برای نزول بیضه در دوره‌ی جنینی است و بعد از تولد بسته می‌شود.

سؤال	۷	۸
پاسخ	ج	الف

✍️ **افتراق هرنی از هیدروسل** ✍️ هرنی متحرک و قابل جانندازی است، به سمت حلقه‌ی داخلی گسترش دارد و در معاینه طناب اسپرماتیک به صورت ضخامت قابل لمسی از توپرکل پوییس عبور می‌کند (علامت silk glove). هیدروسل ثابت بوده و جا نمی‌خورد. البته هرنی اینکارسره هم جا نمی‌خورد، ولی معمولاً درد آن به افتراقش از هیدروسل کمک می‌کند.

📌 ترانس ایلومیناسیون کمکی نمی‌کند، به خصوص در کودکان کم سنی که روده نازک هم نور را عبور می‌دهد.

### 📌 مع درمان

✍️ هیدروسل طی سال اول و دوم زندگی برخلاف هرنی، خودبخود رفع می‌شود. پس اگر باقی موند تو همون یک سالگی ترمیم می‌کنیم.

✍️ هرنی اینکارسره: سعی کن با فشار آرام و مداوم دودستی جابندازیش؛ اگر جا نرفت، اورژانسی ببر اتاق عمل ولی اگر جا رفت همون بستری طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از رفع ادم کیسه، ببر اتاق عمل.

✍️ هرنی اینگوئینال غیراینکارسره: به صورت الکتیو جراحی و ترمیم کن، چون خود به خود خوب نمیشه و احتمال اینکارسره شدن و استرانگولاسیون بالایی داره، مخصوصاً در شش ماه اول زندگی.

### 📌 مع فتق نافی

فتق نافی با یک برجستگی روی ناف مشخص می‌شود. دیاستاز رکتوس گاهی با فتق اشتباه شده و نیازی به مداخله ندارد. این فتق، ریسک اینکارسراسیون بسیار پایینی دارد.

✍️ **درمان** ✍️ ترمیم جراحی بعد از ۴ سالگی انجام می‌شود. البته نقص فاسیال بیشتر از ۱٫۵ سانتی‌متر در دو سالگی، معمولاً خودبخود بسته نمی‌شود و نیاز به ترمیم زودرس دارد. هرنی نافی در دختران حتماً باید قبل از حاملگی، اصلاح شود، چون در طی بارداری تشدید شده و احتمال اینکارسراسیون زیاد می‌شود.

### استنوز پیلور

استنوز یا هایپرتروفی پیشرونده‌ی پیلور در در شیرخوارگی به دنبال انسداد خروجی معده ایجاد می‌شود که در پسرها شایع‌تر است. سابقه خانوادگی اهمیت بالایی در این بیماری دارد.

❶ پدر و مادری کودک ۲ ساله‌ی خود را با نگرانی به اورژانس آورده و از تورم یک طرفه‌ی ناحیه‌ی کشاله‌ی ران راست که در حدود ۱ ساعت پیش به دنبال گریه‌ی شدید کودک ایجاد شده بود شاکی هستند. در معاینه‌ی بالینی تورم مشهود نیست. کورد سمت راست مختصری نسبت به سمت مقابل ضخیم‌تر به نظر می‌رسد. توصیه‌ی شما چیست؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷ و خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

Ⓐ انجام عمل جراحی در اسرع وقت

ب پیگیری کودک و توجه به بیماری‌های عفونی طی هفته‌ی آینده

ج انجام سونوگرافی کشاله‌ی ران و اسکروتوم

د توصیه به صبر و انتظار تا سن ۴ سالگی

❷ دختر بچه‌ای یک ساله با فتق نافی با دیفکت ۹ میلی‌متر که در حالت ایستاده نمایان است و در حالت خوابیده جا می‌رود به شما مراجعه کرده است. تصمیم شما برای بیمار چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷- قطب شیراز)

Ⓐ بیمار را بستری و عمل جراحی ترمیم فتق را انجام می‌دهیم.

ب طی چند هفته‌ی آینده و به صورت الکتیو عمل می‌کنیم.

ج در دو سالگی عمل می‌کنیم.

د تا چهار یا پنج سالگی می‌توان صبر کرد.

سوال	۹	۱۰	
پاسخ	الف	د	



۱۱ شیرخوار دو ماهه‌ای به دلیل استفراغ جهنده‌ی غیر صفراوی در اورژانس بستری شده است. محتمل‌ترین تشخیص نوزاد و شایع‌ترین اختلال اسید و باز بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

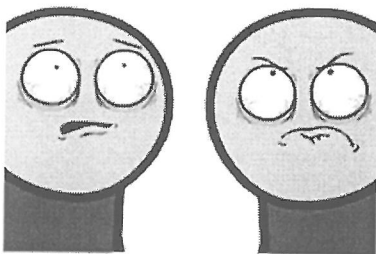
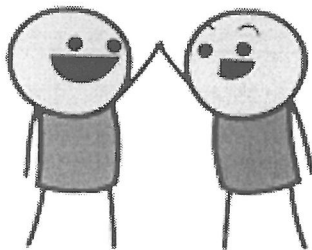
۱۲ رفلاکس معده، اسیدوز متابولیک

۱۳ استنوز پیلور، آلكالوز متابولیک هایپوکالمیک

هایپوکلرمیک

۱۴ آترزی دئودنوم، اسیدوز تنفسی

۱۵ استنوز پیلور، اسیدوز متابولیک



🔪 **تابلوی بالینی** شیرخوار گرسنه‌ای (در هفته‌های ۲ تا ۸) که با ولع شیر می‌خورد ولی بعد از شیر خوردن دچار استفراغ غیرصفراوی و جهنده می‌شود + کاهش برون ده ادراری و مدفوعی + در معاینه: تحریک پذیری و شواهد دهیدراتاسیون + توده‌ی سخت، گرد و متحرک در اپیگاستر یا Olive sign (هالمارک استنوز پیلور) + آلكالوز متابولیک هایپوکالمیک و هایپوکلرمیک.

🔪 **تشخیص** اگر نشانه‌ی زیتون داشت، تصویر برداری لازم نیست ولی در غیر این صورت باید به ترتیب از سونوگرافی (برای بررسی پیلور) و بعد در صورت نیاز تصویربرداری upper GI استفاده کنیم.

🔪 **درمان** ۱- قدم اول مایع‌درمانی با دکستروز ۵٪ در هاف یا نرمال سالین به همراه ۲۰ تا ۴۰ میلی‌اکی والان در لیتر KCl به میزان ۱٫۵ تا ۲ برابر حجم نگه دارنده است. ۲- احیا کافی بود، میریم سراغ جراحی؛ پیلورومیوتومی به صورت باز یا لاپاروسکوپی. تغذیه باید دو تا چهار ساعت بعد از عمل شروع و به مرور بیشتر شود.

🔪 منظور از کفایت احیا؛ برون‌ده ادراری بالای ۱-۲ cc/kg و الکترولیت سرم نرمال است.

### آپاندیسیت

آپاندیسیت شایع‌ترین علت جراحی اورژانس در کودکی است. تابلوی بالینی آن در کودکی مشابه بزرگسالی است. فقط در دختران حتماً برای رد بارداری نابجا باید بتا hcg را چک کنیم.

🔪 **تشخیص** عکس ساده شکم فقط در صورت عدم قطعیت آپاندیسیت، گرفته می‌شود که تنها یافته‌ی پاتوگنومیک آن، فکالیت کلسیفیه در ۵ تا ۱۵ درصد موارد است. سی‌تی اسکن و سونوگرافی هم به تشخیص کمک می‌کنند.

🔪 **درمان استاندارد**، آپاندکتومی در عرض ۸ ساعت اول، بعد از مایع‌درمانی وریدی و تجویز آنتی‌بیوتیک است. آنتی‌بیوتیک بعد از عمل نیازی نیست، مگر اینکه در آپاندیس پرفوره که برای حداقل ۳ روز بعد از عمل تجویز شده و زمانی قطع شده که، بیمار ۴۸ ساعت تب نداشته و تعداد لکوسیت‌ها نرمال باشد. کودک در موارد آپاندیس غیرپرفوره طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت ترخیص می‌شود.

🔪 یکی از عوارض عمده آپاندیس پرفوره، آبسه‌ی داخل شکمی است باید تحت گاید سونو به صورت پرکوتانئوس یا ترانس رکتال درناژ شود.

سؤال	۱۱			
پاسخ	ب			



### ۱۱. ایتنوساسپشن

ایتنوساسپشن یعنی قسمتی از روده در قسمتی دیگر به صورت تلسکوپی فرو رود، که معمولاً در ایلئوکولیک و سنین ۶ تا ۱۸ ماهگی دیده می‌شود. از علل آن می‌توان به هایپرتروفی پلاک‌های پیر زیرمخاطی (شایع‌ترین علت) و در سنین بالاتر به دیورتیکول مکل، پولیپ، لنفوم و هماتوم اشاره کرد.

**تابلوی بالینی** معمولاً به دنبال یک عفونت ویروسی و با درد شکم متناوب و کولیکی شکم، بی‌قراری و گریه مشخص می‌شود که بیمار در بین حملات حال خوبی دارد ولی به تدریج بی‌حال می‌شود + انسداد استفراغ صفراوی در صورت انسداد + مدفوع ژله‌ای و حاوی خون و موکوس + در معاینه: تحریک‌پذیری و شواهد دهیدراتاسیون + توده‌ی تندر و سوسپسی شکل در RUQ + خون و موکس در معاینه‌ی انگشتی مقعد.

**تشخیص و درمان** با انمای باریم یا هوا است که هم تشخیصی و هم درمانی بوده و ایتنوساسپشن ایلئوکولیک به صورت نقص پرشدگی در کولون دیده می‌شود. این نما باید بعد از تلاش اولیه، در صورت نیاز، چندین بار تکرار شود. اگر جا اندازی موفق نبود، جراحی می‌کنیم. مایع‌درمانی و آنتی‌بیوتیک قبل از عمل یادت نره.

🕌 در سونوگرافی هم گاهی توده‌ای را در پهلوی راست با جریان مسدود شده در درجه ایلئوسکال می‌بینیم.

### ۱۲. دیورتیکول مکل

در دوران جنینی مجرای ویتلین بین کیسه زرده و روده ارتباط برقرار می‌کند، که اگر سمت روده‌ای این مجرا باز بماند، دیورتیکول مکل ایجاد می‌شود. دیورتیکول می‌تواند باعث خونریزی گوارشی، انسداد و التهاب شود. **تابلوی بالینی** معمولاً در کودکان کوچک‌تر از ۵ سال با خونریزی ماسیو، بدون درد و روشن گوارشی مشخص می‌شود. در کودکان بزرگ‌تر معمولاً باعث انسداد می‌شود و شواهدی مثل آپاندیسیت دارد، پس در هر بیمار مشکوک به آپاندیسیت که آپاندیسش در لاپاروتومی نرمال بود، باید به دیورتیکول مکل شک کنیم.

**تشخیص** روش ارجح، اسکن تکنسیوم ۹۹ است. عکس ساده با کنتراست برای تشخیص مناسب نیست.

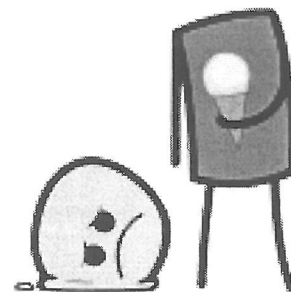
۱۱. بیمار پسر دو ساله‌ای است که به علت دردهای کولیکی شکم و استفراغ که از ۲ ساعت قبل شروع شده است به اورژانس مراجعه کرده است. در بررسی علائم حیاتی طبیعی و در لمس شکم توده‌ای در RUQ لمس می‌شود. اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی دی ۹۷ - میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) سی‌تی‌اسکن شکم

ب) ترانزیت رودی کوچک

ج) لاپاراتومی

د) انما با هوا



۱۲. پسر ۱۱ ساله‌ای که از چند سال پیش دچار دردهای متناوب شکمی بوده است، بعلت خونریزی با شک به دیورتیکولیت مکل تحت بررسی است. کدامیک از مودالیت‌های زیر ارزش بیش‌تری در تشخیص دارد؟ (تألیفی از پره‌انترنی آبان ۹۶ - میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) اسکن رادیونوکلئید با تکنسیم

ب) سی‌تی‌اسکن شکم

ج) آنتروکولیز

د) آنژیوگرافی

سؤال	۱۲	۱۳
پاسخ	د	ب

**درمان** موارد علامت‌دار رو جراحی می‌کنیم. در موارد بی‌علامتی که حین جراحی دیگر پیدا می‌شوند، فقط در سه حالت، خارج می‌شود: ۱- سن پایین کودک، ۲- گردن باریک دیورتیکول باریک یا اتصال آن به دیواره شکم، ۳- وجود بافت هتروتوپیک در لومن دیورتیکول.

### توده های گردنی

توده‌های گردنی براساس موقعیت یا در خط وسط یا لترال قرار دارند. توده‌های خط وسط عبارتند از کیست مجرای تیروگلووسال، تیروئید اکتوپیک، کیست درموئید یا اپی درموئید، لنف نود بزرگ شده و توده‌ی تیروئید که در کودکان بزرگ‌تر دیده می‌شوند.

کیست تیروگلووسال به علت بسته نشدن مجرای تیروگلووسال بعد از نزول تیروئید در جنینی ایجاد می‌شود. این توده معمولاً بین ۲ تا ۱۰ سالگی و به صورت یک توده‌ی سفت و گرد در خط وسط دیده شده که با بلع و بیرون آوردن زبان برجسته می‌شود. درمان آن جراحی و برداشتن کیست، مجرا و مرکز استخوان هیوئید است. امکان عود توده هم وجود دارد.

تیروئید اکتوپیک، حین نزول گیر افتاده و پایین نیوده، پس درمانش داروی و شامل هورمون تیروئیدی است.

کیست درموئید و اپی درموئید به علت گیرافتادن عناصر اپیتلیال در خط وسط ایجاد شده؛ معمولاً سطحی‌تر از کیست مجرای تیروگلووسال است و گاهی با لنفادنوپاتی همراهی دارد.

### همانژیوم

همانژیوم توده‌ای عروقی است که بعد از تولد به صورت لکه‌ای قرمز معمولاً در سر و گردن دیده شده، طی سال اول بزرگ شده ولی بعد از آن کم کم کوچک می‌شود. در موارد سطحی همانژیوم مویرگی، سفت، قرمز، روشن و برجسته است. در موارد عمقی یا کاورنو نرم و آبی است که احتمال محو شدن کم‌تری نسبت به موارد سطحی دارد. همانژیوم نیاز به مداخله ندارد، مگر در صورت وجود شرایط زیر که می‌توان از اقداماتی مثل تزریق استروئید، سیکلوفوسفامید، اینترفرون آلفا، آمبولیزاسیون و حتی برش جراحی استفاده کرد. اندیکاسیون‌های درمان همانژیوم ۱- به هم خوردگی بارز صورت، ۲- تداخل با عملکرد مثل همانژیوم پلک و راه‌های هوایی، ۳- ترومبوسیتوپنی به دلیل گیرافتادن پلاکت، ۴- نارسایی احتقانی قلب.

۱۴ پسر بچه ۴ ساله‌ای با توده‌ی کیستیک در ناحیه

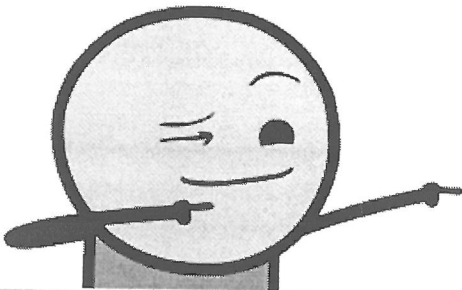
midline قدام گردن مراجعه کرده است، که با حرکت زبان به بالا و پایین حرکت می‌کند. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطب تبریز)

Surgical resection

Observation

Incision and drainage

Hemi-thyroidectomy



۱۵ شیرخوار سه ماهه‌ای را نزد شما می‌آورند و

یک ضایعه روی گونه دارد که مادر اظهار می‌کند، بعد از چند هفته از تولد ایجاد شده است. اقدام صحیح کدام است؟ (تألیفی از پره‌انترنی اسفند ۹۷- قطب اهواز)

بهتر است برنامه‌ریزی جهت عمل انجام دهیم.

به مادر آرامش می‌دهیم و می‌گوییم که خودبخود بهبود می‌یابد.

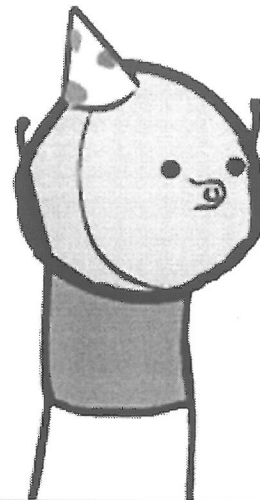
از تزریق داخل ضایعه‌ی کورتیکواستروئید استفاده می‌شود و پیگیری می‌نماییم.

تزریق اینترفرون درون ضایعه.

سؤال	۱۴	۱۵
پاسخ	الف	ب

### آسپیراسیون جسم خارجی

همین اول بگم که اگر به آسپیراسیون جسم خارجی شک کردی، باید با برنوکوسکوپي تحت بی‌هوشی عمومی جسم رو خارج کنیم. آسپیراسیون با پریدن جسم به گلو، سرفه، ویزینگ یا کاهش صدا در سمت درگیر + پرهوایی قسمت درگیر و انحراف مדיاستن به سمت مقابل در CXR داریم. خیلی به ندرت ممکنه جسم رو به صورت اپیک در گرافی ببینیم. تصاویر دمی و فلوروسکوپي هم می‌تونه به تشخیص کمک کنه؛ چون دم، پرهوایی رو تشدید می‌کنه.



### بلع جسم خارجی

اجسام خارجی حتی انواع تیز بعد از بلع معمولاً به معده میرسن نه روده. البته جسمی مثل سکه می‌تونه در مری به خصوص قسمت کریکوفارنژیوس هم گیر کنه و با آپریزش از دهان، درد سینه و علامت «لوسنسی دو گانه» در گرافی همراه بشه. درمان در این موارد اندوسکوپي است، به خصوص در باتری دیسکی با نشت مواد قلیای به علت احتمال پرفوراسیون مری، باید سریع باتری رو خارج کرد.

❖ **بلع مواد خورنده:** قلیا به علت آسیب میعانی و عمقی، خطرناک‌تر از اسید است. هر بچه‌ای با شرح حال بلع مواد خورنده رو باید با اندوسکوپي برای تعیین میزان آسیب بررسی کنیم. سایر اقدامات چیان؟

۱- حمایت تنفسی و احیای مایعات در موارد شدید

۲- تعبیه‌ی لوله‌ی تغذیه هم برای تغذیه هم برای دیلاتاسیون در تنگی احتمالی

۳- تجویز استروئید و آنتی‌بیوتیک در سوختگی‌های مری

۴- جراحی فوری در نکروز تمام ضخامت، پریتونیت و مדיاستینیت.

۱۶ کودک ۲ ساله به گفته‌ی والدین باتری ساعت کوچکی را حدود یک ساعت قبل بلعیده است. در گرافی ایستاده شکم تصویر باتری در اپی‌گاستر قابل مشاهده است. علائم حیاتی کودک STABLE است. تب ندارد کودک از علائم خاصی شکایت ندارد. معاینه‌ی شکم نرمال است و تندرینس ندارد. توصیه‌ی شما به والدین کدام است؟ (پره‌اترنی اسفند ۹۷ - قطب اهواز)

الف) اندوسکوپي اورژانس و خروج سریع باتری

ب) تحت‌نظر گرفتن کودک و گرافی سریال شکم

ج) تجویز ملین و تحت‌نظر گرفتن کودک

د) به مدت ۱۲ ساعت کودک را تحت‌نظر

می‌گیریم و در صورت عدم دفع باتری اندوسکوپي انجام شود.

✍ **دیری بلافره براهیم شدم؟ من که مردم تو رو نمی‌دونم! فاصله بازم**

♥ **فراقوتت دلور**

سؤال	۱۶			
پاسخ	الف			